PROCEDURI DE NURSING

EX PONTO Constanţa - 2007

AUTORI:
Udma Florica
Stanciu Maria
Ruxanda Matilda
Gulie Ecaterina
Iancu Elena
Fercală Elena

COLABORATORI:
Olaru Viorica
Răducanu Oana
Creţu luliana
Tănase Cristina

REDACTARE:
Gulie Ecaterina
Toma Cristina
Bidilică Mirela

ISBN: 978-973-644-702-0
© AS0CIAŢIA DE NURSING DIN ROM¬NIA

"In memoriam "
Dedic această carte doamnei Gabriela Bocec, model de demnitate şi profesionalism, care şi-a închinat întreaga viaţă promovării nursingului şi valorizării profesiei de asistent medical în România

Cuvânt înainte
Lucrarea „Proceduri de nursing" se adresează tuturor celor care se pregătesc pentru a deveni asistenţi medicali (nurse) dar si profesioniştilor care desfăşoară deja activităţi de îngrijire.
Ideea elaborării acestei lucrări aparţine unui grup de profesionişti din domeniul educaţiei şi din activitatea clinică, profesionişti care au încercat să îmbine armonios experienţă acumulată de-a lungul timpului.
A acorda îngrijiri de calitate respectând standardele profesionale implică o responsabilitate deosebită şi o pregătire asiduă.
Noul curriculum pentru asistent medical generalist are la bază standardul profesional în care sunt precizate competenţele ce trebuie dobândite în timpul formării şi demonstrate în cadrul procesului de evaluare, a practicării ocupaţiei.

Pregătirea pe bază de standarde permite precizarea clară a activităţilor şi finalităţilor, a reperelor de ordin calitativ asociate acestora, a cunoştinţelor teoretice şi a deprinderilor practice, a conţinutului şi cerinţelor ocupaţiei de asistent medical generalist. Impune formarea unui stil unitar de lucru în procesul de îngrijire, permite individualizarea îngrijirilor ţinând seama permanent de particularizarea persoanelor îngrijite.
Scopul utilizării standardelor în evaluare este recunoaşterea a ceea ce este capabil candidatul să facă în raport cu cerinţele ocupaţiei indiferent de cine sau unde se face evaluarea.
Pregătirea pentru profesia de asistent medical generalist impune cerinţe riguroase în vederea executării a sute de proceduri corecte şi sigure pentru pacient.
În acest scop este nevoie de o informare clară, actuală şi completă, accesibilă,

care să ghideze viitorul profesionist în domeniul îngrijirilor şi deopotrivă pe cei care lucrează deja, să-şi formeze şi, respectiv, să-şi consolideze deprinderi corecte de muncă, să vină în întâmpinarea nevoilor pacientului pentru a-l ajuta să-şi menţină sau să-şi recapete sănătatea şi autonomia.
Cartea cuprinde proceduri de bază în nursing urmând ca cele specifice îngrijirilor pe afecţiuni să fie prezentate în altă lucrare.
Pentru ca procedurile sa fie uşor folosite şi mai ales pentru formarea unui stil unitar de lucru, sunt redate în acelaşi format.
Fiecare procedură cuprinde mai multe etape care dau posibilitatea transmiterii unor informaţii pertinente:
o Obiectivul;
o Pregătirea psihică şi fizică a pacientului insistându-se asupra consimţământului informat şi a reacţiilor acestuia;
o Efectuarea procedurii descrisă în paşi mărunţi pentru a contribui la însuşirea gesturilor;
o Notarea procedurii;
o Îngrijirea pacientului după procedură;
o Reorganizarea locului de muncă;
o Evaluarea eficacităţii - cuprinde rezultatele aşteptate sau dorite şi oferă câteva soluţii în caz de rezultate nedorite. Noutatea, de altfel, a lucrării de faţă rezidă tocmai în aceste aspecte care invită la reflecţie, stimulează judecata şi gândirea practică.
Lucrarea se doreşte a fi un ghid practic, un auxiliar curricular în care sunt descrise
procedurile cuprinse în unitatea de competenţă / modulul TEHNICI PE NURSINC ŞI INVESTIGAŢII care se studiază în anul I la Şcoala Postliceală Sanitară.
In speranţa că această carte va fi consultată de cât mai multe persoane din domeniul
educaţiei şi al practicii clinice, aşteptăm cu mult interes sugestiile şi părerile dumneavoastră.

CUPRINS

CAPITOLUL I
1. Internarea şi primirea pacientului
1.1. Internarea pacientului
1.2. Transferul pacientului
1.3. Externarea pacientului

CAPITOLUL II
2. Igiena şi confortul pacientului
2.1. Schimbarea lenjeriei patului neocupat (fără pacient)
2.2. Schimbarea lenjeriei patului ocupat de pacientul imobilizat - cu bolnavul în poziţie şezând şi în decubit
2.3. Schimbarea alezei
2.4. Schimbarea lenjeriei de corp la pacientul imobilizat - schimbarea pijamalei
2.5. Schimbarea lenjeriei de corp la pacientul imobilizat - schimbarea cămăşii
2.6. Toaleta pacientului imobilizat
2.6.1. Baia parţială la pat
2.6.2. Îngrijirea ochilor
2.6.3. Îngrijirea mucoasei nazale
2.6.4. Îngrijirea urechilor
2.6.5. Îngrijirea cavităţii bucale
2.6.6. Îngrijirea protezelor dentare
2.6.7. Îngrijirea unghiilor
2.6.8. Îngrijirea părului
2.7. Schimbarea poziţiei pacientului imobilizat adinamic

2.8. Mobilizarea pacientului
2.9. Captarea eliminărilor fiziologice şi patologice
      2.9.1. Captarea urinei
      2.9.2. Colectarea materiilor fecale
      2.9.3. Captarea sputei
      2.9.4. Captarea vărsăturilor

CAPITOLUL III
3. Alimentarea pacientului
      3.1. Alimentarea activă şi pasivă
      3.2. Alimentarea prin gastrostomă
      3.3. Alimentarea prin sondă nazogastrică

CAPITOLUL IV
4. Controlul infecţiilor nosocomiale
      4.1. Spălatul mâinilor
      4.2. îmbrăcarea şi dezbrăcarea mănuşilor
      4.3. Controlul parazitologic şi deparazitarea

CAPITOLUL V
5. Măsurarea şi înregistrarea funcţiilor vitale
      5.1. Măsurarea temperaturii corpului
      5.2. Măsurarea respiraţiei
      5.3. Măsurarea pulsului radial
      5.4. Măsurarea presiunii sângelui
      5.5. Măsurarea înălţimii şi greutăţii

CAPITOLUL VI
6. Pansamente şi bandaje
      6.1. Pansamentul
      6.2. Tipuri de pansamente
      6.3. Bandaje (Fixarea pansamentului)

CAPITOLUL VII
7. Sondaje, spălaturi, clisme
      7.1. A. Tubajul nazo-gastric - introducerea sondei
              B. Tubajul nazo-gastric - retragerea sondei
      7.2. Tubajul duodenal
      7.3. Sondajul vezical la femei
      7.4. Sondajul vezical la bărbat
      7.5. Spălătura vezicală
      7.6. Spălătura vaginală
      7.7. Clisma evacuatoare

CAPITOLUL VIII
8. Administrarea medicamentelor
      8.1. Administrarea medicamentelor la adult
      8.2. Administrarea medicamentelor la copil
      8.3. Administrarea medicamentelor pe suprafaţa tegumentelor
      8.4. Administrarea medicamentelor pe mucoasa conjunctivală
      8.5. Administrarea medicamentelor pe cale nazală
      8.6. Administrarea medicamentelor în conductul auditiv extern
      8.7. Administrarea medicamentelor pe cale vaginală
      8.8. Administrarea medicamentelor pe cale rectală
      8.9. Administrarea oxigenului pe sondă
      8.10. Administrarea medicamentelor pe cale parenterală
            8.10.1. Aspirarea medicamentelor din fiolă
            8.10.2. Injecţia intradermică

8.10.3. Injecţia subcutanată
8.10.4. Injecţia intramusculară
8.10.5. Injecţia intravenoasă
CAPITOLUL IX
9. Recoltarea produselor biologice şi patologice pentru examene de laborator
9.1. Recoltarea sângelui
9.1.1. Metode de recoltare
a) Puncţia capilară
b) Puncţia venoasă.
9.1.2. Recoltarea sângelui pentru hemoleucogramă
9.1.3. Recoltarea sângelui pentru probe de coagulare
9.1.4. Recoltarea sângelui pentru VSH
9.1.5. Recoltarea sângelui pentru examene biochimice
9.1.6. Recoltarea sângelui pentru examene serologice
9.1.7. Recoltarea sângelui pentru examene bacteriologice
9.2. Recoltarea urinei
9.2.1. Recoltarea urinei pentru examenul sumar
9.2.2. Recoltarea aseptică a urinei (urocultura)
9.3. Recoltarea materiilor fecale pentru examene de laborator
9.4. Recoltarea exudatului faringian
9.5. Recoltarea sputei prin expectoraţie
9.6. Recoltarea secreţiei uretrale la bărbat
9.7. Recoltarea secreţiilor purulente din leziuni

CAPITOLUL I. INTERNAREA ŞI PRIMIREA PACIENTULUI
FIŞA Nr. 1.1. INTERNAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII
Primirea şi Internarea pacientului în cel mai scurt timp de la sosirea în UPU.
Stabilirea unei relaţii pozitive cu pacientul sau / şi aparţinătorii
Obţinerea de informaţii despre starea de sănătate trecută şi prezentă, despre sistemele funcţionale. Asigurarea unei îngrijiri de calitate conform cu nevoile si aşteptările pacientului / familiei.
PREGĂTIREA MATERIALELOR
Registru de intrări al UPU
Planul de îngrijire / Foaia de observaţie clinică
Materiale şi instrumente pentru măsurarea funcţiilor vitale şi vegetative şi pentru examenul fizic: termometru, tensiometru, stetoscop, spatulă linguală, sursă de lumină, recipient, recipient pentru colectarea urinei.
PREGĂTIREA PACIENTULUI/ CLIENTULUI
a) PSIHICĂ:
Oferiţi pacientului / familiei informaţii clare, despre necesitatea internării.
Obţineţi consimţământul informat de la pacient / familie.
b) FIZICĂ:
Aşezaţi pacientul în poziţie confortabilă adaptată stării de sănătate,
Asiguraţi intimitatea pacientului.
Intruduceţi-vă cu numele şi stabiliţi o relaţie terapeutică nursă-pacient
Observaţi şi notaţi starea fizică, emoţională şi intelectuală a pacientului.
Observaţi dizabilităţile sau limitările fizice sau / şi psihice.
Evaluaţi gradul de confort sau disconfort al pacientului.
Măsuraţi greutatea şi înălţimea pacientului.
Apreciaţi semnele vitale şi obţineţi o mostră de urină.
Faceţi inventarul bunurilor de valoare ale pacientului conform cu politica serviciului medical.
Efectuaţi anamneză şi o apreciere nursing cat mai completă a pacientului.
Identificaţi problemele, nevoile şi aşteptările pacientului legate de internare.
Explicaţi pacientului / familiei, regulamentul şi rutinele spitalului - orarul

meselor şi al vizitelor.
Informaţi pacientul despre procedurile sau intervenţiile nefamiliare.
Completaţi planul de îngrijire a pacientului cu informaţiile obţinute : data / ora, nume şi pronume, vârstă, starea la internare, valorile funcţiilor vitale, orientarea în timp şi în spaţiu, măsurile aplicate la UPU, prelevările de produse biopatologice, numele medicului care a făcut internarea.
Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacientul se simte binevenit, relaxat şi are încredere în echipa medicală.
- Culegerea de date este completată în primele 24 ore sau chiar mai puţin de la internare.
- Familia se simte confortabil întrucât pacientul este în siguranţă.
Rezultate nodurile / Ce faceţi
Pacientul are un nivel înalt de anxietate sau dezorientare care-i ameninţă siguranţa.
- Comunicaţi cu pacientul
- Asiguraţi condiţii optime de confort
Pacientul sau altă persoană semnificativă este incapabilă să furnizeze informaţii despre istoricul stării de sănătate.
- Puneţi întrebări scurte, accesibile
- Cercetaţi documentele vechi în caz de reinternare
- Pacientul refuză internarea exprimându-şi dorinţa de a părăsi UPU în ciuda recomandărilor medicale
- Consemnaţi refuzul pacientului în documentele medicale sub semnătură

FIŞA Nr. 1.2.
TRANSFERUL PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII
Stabilirea condiţiilor optime pentru transfer
Asigurarea securităţii pacientului în perioada transferului.
PREGĂTIREA MATERIALELOR
Biletul de transfer, semnat şi parafat de medic.
F.O. a pacientului, dacă este cazul.
Foaia de evidenţă şi mişcare zilnică a secţiei.
Efectele pacientului.
Alte bunuri de valoare ale pacientului, care au fost inventariate (acolo unde este cazul).
PREGĂTIREA PACIENTULUI/ CLIENTULUI
a) PSIHICĂ:
Anunţaţi pacientul/familia despre necesitatea transferului şi unitatea/secţia de transfer.
Obţineţi consimţământul informat al pacientului/familia
b) FIZICĂ:
Evaluaţi starea fizică şi asiguraţi mijlocul de transport adecvat pentru transferul în siguranţă al pacientului.
EFECTUAREA PROCEDURII
Obţineţi recomandarea medicului.
Comunicaţi cu unitatea/secţia de transfer pentru a stabili perioada optimă de transfer.
Informaţi şi discutaţi cu pacientul/familia condiţiile apropiatului transfer.
Pregătiţi lucrurile care-i aparţin pacientului, biletul de transfer sau/şi F.O.
Pregătiţi mijlocul de transfer adecvat fotoliu rulant, brancarda sau căruciorul rulant.
Acoperiţi pacientul pentru a-l proteja de curenţii de aer, de frig şi a evita expunerea pe durata transportului.
Însoţiţi personal pacientul până la secţia sau unitatea de transfer.
Prezentaţi-l personalului de îngrijire când ajungeţi în secţia/unitatea în care s-

a transferat.
Prezentaţi asistentei-şefe dosarul pacientului sau/şi biletul de transfer.
Notaţi numele medicului când transferul pacientului s-a realizat.
Scoateţi pacientul din evidenţele secţiei
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacientul/familia acceptă transferul după ce primeşte informaţii clare, accesibile.
- Pacientul este transferai în condiţii de siguranţă.
- Pacientul este mulţumit de modul de organizare şi desfăşurare, a transferului
Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Pacientul/familia refuză transferul,
      - Consemnaţi refuzul pacientului/familiei în foaia de observaţie, sub semnătură
- Pacientul este nemulţumit de modul de organizare / desfăşurare a transferului.
      - Discutaţi cu pacientul şi explicaţi-i condiţiile de realizare a transferului
- Pacientul se simte ameninţat şi în nesiguranţă în secţia/unitatea în care a fost transferat
      - Comunicaţi blând cu pacientul
      - Asiguraţi-i un climat de încredere şi siguranţă

FIŞA Nr. 1.3.
EXTERNAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII
Stabilirea condiţiilor adecvate stării pacientului la externare.
Asigurarea securităţii pacientului în timpul externării.
PREGĂTIREA MATERIALELOR
Registrul de ieşiri al secţiei.
Foaia de evidenţă zilnică şi mişcare a secţiei.
Biletul de externare semnat şi parafat de medic.
Reţeta medicală, dacă e cazul.
Efectele pacientului şi celelalte bunuri de valoare inventariate (acolo unde este cazul),
PREGĂTIREA PACIENTULUI/ CLIENTULUI
a) PSIHICĂ:
Anunţaţi pacientul / familia cu cel puţin 12 ore înainte de externare.
Identificaţi impactul emoţional şi psiho-social pe care externarea îl are asupra pacientului sau / şi familiei.
b) FIZICĂ:
Evaluaţi starea fizică la externare şi asiguraţi mijlocul de transport adecvat acestuia.
Oferiţi indicaţii legate de: firele de sutură (dacă e cazul), activitatea fizică, indicaţii, control
EFECTUAREA PROCEDURII
Revedeţi detaliile externării împreună cu pacientul / familia
Asistaţi pacientul la igienă, îmbrăcare.
Revedeţi instrucţiunile şi răspunsurile la întrebările legate de medicaţie, îngrijirea fizică, satisfacerea nevoilor.
Determinaţi disabilităţile şi limitările care vor continua după externare.
Identificaţi punctele forte ale pacientului.
Faceţi un inventar al nevoilor de îngrijire şi asistenţă medicală la domiciliu şi luaţi legătura cu o fundaţie de îngrijiri la domiciliu dacă este necesar.
Organizaţi transportul pacientului, la nevoie.
Luaţi-vă la revedere de la pacient / familie.
Scoateţi pacientul din evidenţele secţiei.

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacientul este mulţumit de îngrijirea primită.
- Starea fizică şi psihică la externare este bună fiind o premisă a reintegrării socio-profesionale.
- Pacientul / familia au informaţii clare, precise despre îngrijirile ulterioare la domiciliu şi despre necesitatea prezentării la control în perioada planificată sau în caz de complicaţii
Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Externarea are un impact negativ asupra pacientului, mai ales dacă este singur şi are nevoie de îngrijire la domiciliu.
      - Luaţi legătura cu o fundaţie de îngrijiri la domiciliu
- Familia / aparţinătorii sunt incapabili să îngrijească pacientul la domiciliu.
      - Puneţi-i în legătură cu o fundaţie de îngrijiri la domiciliu
- Pacientul / familia refuză externarea.
      - Consemnaţi în foaia de observaţie refuzul pacientului/familiei sub semnătură

CAPITOLUL II
IGIENA ŞI CONFORTUL PACIENTULUI

FIŞANr.2.1.
SCHIMBAREA LENJERIEI DE PAT NEOCUPAT - fără pacient

OBIECTIVUL PROCEDURII
Asigurarea condiţiilor de igienă şi de confort.
PREGĂTIREA MATERIALELOR
Cărucior pentru lenjerie
Mănuşi de unică folosinţă
Cearşaf de pat
Cearşaf de pătură/plic
Faţa de pernă
Pătură
Aleza, muşama (material impermeabil)
Două scaune cu spetează
EFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)
Verificaţi materialele alese
Transportaţi materialele în salon
Îndepărtaţi noptiera de lângă pat
Aşezaţi cele două scaune cu spătar, spate în spate lângă patul pacientului, lateral, în partea dreaptă spre capul patului
Puneţi sacul pentru lenjeria murdară în partea opusă a patului, la picioare
Aşezaţi materialele pregătite pe cele două scaune astfel: pătura şi cearşaful de pătură pliate în armonica; muşamaua şi aleza rulate din două părţi egale până la mijloc; cearşaful de pat rulat la fel; faţa de pernă.
Îndepărtaţi lenjeria murdară şi introduceţi-o în sacul special pregătit
Spălaţi-vă pe mâini, îmbrăcaţi mănuşi
Puneţi cearşaful de pat peste saltea la mijloc
Întindeţi cu o mână o parte a cearşafului spre cap, iar cu cealaltă spre picioare (partea opusă)
Introduceţi cearşaful adânc sub saltea la capetele patului şi cu mâna de lângă pat prindeţi partea liberă a cearşafului la o distanţă de colţ egală cu lungimea marginilor care atârnă şi ridicaţi-o în sus lângă (pat) saltea
Introduceţi sub saltea partea din triunghiul format care o depăşeşte, apoi lăsaţi în jos partea ridicată şi introduceţi sub saltea restul triunghiului împreună cu partea laterală a cearşafului realizând un plic
Procedaţi la fel şi pentru celelalte colţuri

Aşezaţi muşamaua şi aleza la mijlocul patului şi derulaţi-le ca pe cearşaful de pat
Introduceţi muşamaua şi aleza adânc sub saltea pe părţile laterale ale patului
Intindeţi cearşaful plic în lungimea patului şi peste el pătura
Introduceţi pătura în cearşaf şi fixaţi colţurile
Fixaţi cearşaful şi pătura la picioarele patului introducându-le sub saltea
Efectuaţi pliul de confort (cu o mână deasupra patului iar cu cealaltă dedesubt, trageţi spre picioare şi formaţi această cută)
Aranjaţi colţurile de la capătul distal al patului sub formă de plic
Introduceţi pătura şi cearşaful pe părţile laterale ale patului
Puneţi la capul patului perna înfăşată
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
Reaşezaţi noptiera la locul ei de lângă pat
Puneţi cele două scaune la loc
Scoateţi sacul cu rufe murdare din salon
Aerisiţi salonul
Îndepărtaţi mănuşile
Spălaţi-vă pe mâini
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- procedura în fişa de proceduri şi în dosarul/planul de îngrijire
- data şi ora

FIŞA Nr. 2.2.
SCHIMBAREA LENJERIEI PATULUI OCUPAT DE PACIENTUL IMOBILIZAT - cu pacientul în poztie şezândă şi în decubit

OBIECTIVELE PROCEDURII
Asigurarea condiţiilor de igienă şi confort
Evitarea complicaţiilor la pacientul imobilizat
PREGĂTIREA MATERIALELOR
Cărucior pentru lenjerie
Cearşaf plic
Cearşaf de pat
Faţă de pernă
Aleza, muşama (material impermeabil)
Înveliloare de flanelă sau o pătură moale
Două scaune cu spătar
Mănuşi de unică folosinţă
Sac pentru rufe murdare
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ
Informaţi pacientul şi asiguraţi-l de inofensivitatea procedurii
Explicaţi pacientului modul de desfăşurare a procedurii şi contribuţia sa la realizarea acesteia Obţineţi consimţământul informat
b) FIZICĂ
Verificaţi dacă s-a măsurat temperatura şi pulsul
Schimbaţi lenjeria după efectuarea toaletei
Alegeţi metoda de schimbare în funcţie de poziţia în care poate fi aşezat pacientul şi de limitele sale de mobilizare
EFECTUAREA PROCEDURII (participă două persoane)
A. La pacientul care se poate ridica în poziţie şezandă (se foloseşte schimbarea în lăţime)
- Aduceţi materialele în salon
- Îndepărtaţi noptiera de lângă pat
- Aşezaţi cele două scaune spate în spate
- Pregătiţi materialele astfel:

- Rulaţi cearşaful de pat pe dimensiunea mică (în lăţime) şi aşezaţi-l pe spătarele scaunelor; dacă pacientul necesită aleză şi muşama rulaţi-le împreună cu cearşaful
- Îndepărtaţi pătura şi lăsaţi pacientul acoperit cu cearşaful sau înlocuiţi cu o pătură moale
- Introduceţi pătura în cearşaful plic şi împachetaţi în armonică în trei la început pe lăţime şi apoi încă o dată reducând cele două dimensiuni (lungime, lăţime) la o treime, aşezaţi pe scaun
- Faţa de pernă
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşi
- Degajaţi cearşaful murdar de sub saltea
- Acoperiţi pacientul şi ridicaţi-l în poziţie şezândă
- Rugaţi persoana care vă ajută să sprijine pacientul
- Îndepărtaţi perna şi rulaţi cearşaful murdar până aproape de pacient
- Poziţionaţi echidistant cearşaful curat la capătul patului şi pe suprafaţa acestuia pentru a putea fi fixat sub saltea
- Derulaţi cearşaful curat până aproape de cel murdar
- Schimbaţi faţa de pernă şi aşezaţi perna pe pat
- Culcaţi pacientul în decubil dorsal şi rugaţi-l dacă poate să se ridice puţin pentru a continua schimbarea
- Introduceţi mâna dinspre capul pacientului sub regiunea fesieră şi ridicaţi în acelaşi timp cu ajutorul
- Cu cealaltă mână rulaţi spre picioarele pacientului lenjeria murdară şi întindeţi cearşaful curat
- Ridicaţi în acelaşi mod picioarele şi continuaţi rularea şi respectiv derularea
- Introduceţi cearşaful murdar în sac
- Întindeţi bine cearşaful de pat, eventual muşamaua şi aleza şi fixaţi sub saltea

B. La pacientul care nu se poate ridica
(se foloseşte schimbarea în lungime)
- Rulaţi cearşaful de pat într-o singură direcţie, pe dimensiunea mare (lungime)
- Aşezaţi materialele pe scaune ca şi în cazul precedent
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşi
- Îndepărtaţi cearşaful murdar de sub saltea
- Întoarceţi pacientul în decubit lateral sprijinindu-l sub axilă, sub umeri şi la nivelul genunchilor
- Trageţi perna spre marginea patului şi aşezaţi-o sub capul acestuia
- Rugaţi persoana care vă ajută să sprijine pacientul susţineţi-l amândouă
- Rulaţi cearşaful murdar până lângă pacient şi derulaţi cearşaful curat având grijă să fie bine poziţionat pentru a putea fi fixat la capete şi pe laturi
- Aduceţi pacientul în decubit dorsal apoi în decubit lateral pe partea opusă sprijinind capul pe antebraţ
- Trageţi perna sub capul pacientului
- Continuaţi rularea cearşafului murdar şi derularea celui curat
- Introduceţi cearşaful murdar în sac
- Aduceţi pacientul în decubit dorsal
- Întindeţi bine cearşaful curat şi fixaţi la capete şi pe margini executând colţul
- Schimbaţi faţa de perna
Schimbarea cearşafului plic în ambele situaţii
- Aşezaţi cearşaful cu pătura deasupra pacientului încât marginea liberă de desubt să fie sub bărbia bolnavului, iar cea de deasupra să fie orientată spre picioarele pacientului
- Rugaţi pacientul sau o altă persoană să ţină marginea cearşafului sub bărbia acestuia . - Asezaţi-vă de o parte a patului, iar ajutorul de cealaltă
- Prindeţi cu mâna dinspre capul pacientului colţul liber al cearşafului curat, iar cu cealaltă pe cel al cearşafului murdar
- Cu o mişcare rapidă, sincronizată, întindeţi cearşaful curat împreună cu pătura

şi/sau învelitoarea şi îndepărtaţi-l pe cel murdar
- Introduceţi cearşaful murdar în sac
- Verificaţi dacă cearşaful de pat şi lenjeria de corp sunt bine întinse
Efectuaţi pliul de confort la picioarele pacientului şi eventual fixaţi sub saltea, să nu alunece
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă sau în cea recomandată de afecţiunea şi starea sa
- Observaţi confortul şi măsuraţi funcţiile vitale
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi învelitoarea şi acoperiţi pacientul cu pătura
- Îndepărtaţi sacul cu rufe murdare
- Reaşezaţi noptiera la locul ei deasemenea cele două scaune
- Îndepărtaţi mănuşile, spălaţi-vă mâinile
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi data, ora şi metoda folosită
- Descrieţi reacţia pacientului şi starea sa
- Consemnaţi orice manifestare care ar putea schimba ceva în planul de îngrijire
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate dorite
- Schimbarea s-a făcut în condiţii bune
- Pacientul are o stare de confort
Rezultate nedorite / Ce facefi
- Pacientul acuză oboseală, dureri
    - Lucraţi blând, lăsaţi pacientului timp de odihnă
- Pacientul refuză schimbarea:
    - Discutaţi încă o dată cu pacientul
    - Apelaţi la aparţinători daca este cazul

FIŞA Nr. 2.3.
SCHIMBAREA ALEZEI

OBIECTIV
- Asigurarea condiţiilor de igienă, de confort şi siguranţă
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Aleza curată
- Sac pentru lenjerie murdară
- Alcool
- Talc
- Mănuşi de unică folosinţă
PREGĂTIREA PACIENTULUI
PSIHICĂ
- Informaţi, încurajaţi şi susţineţi moral pacientul
- Explicaţi scopul procedurii, efectele acesteia
- Obţineţi consimţământul informat
FIZICĂ
- Asezaţi pacientul în poziţia potrivită în funcţie de starea sa
EFECTUAREA PROCEDURII
a) Schimbarea alezei la pacientul care se poate ajuta
- Rulaţi aleza curată în laţime
- Ridicaţi pătura aşezând-o în triunghi de o parte
- Rulaţi aleza murdară
- Întindeţi cearşaful şi materialul impermeabil
- Derulaţi aleza curată fixând-o sub saltea
- Treceţi de partea opusă a patului
- Cereţi pacientului să-şi ridice trunchiul în arc dacă poate sau susţineţi regiunea lombară a pacientului cu mâna dinspre cap

- Trageţi aleza murdară introducând-o în sacul de rufe murdare
- Derulaţi rapid restul alezei curate şi fixaţi-o sub saltea de partea cealaltă a patului
- Rearanjaţi patul punând totul în ordine
b) Schimbarea alezei la pacientul care nu se poate ajuta
- Procedaţi ca în cazul schimbării cearşafului de pat în lungime (FIŞA nr. 2.2.)
- Controlaţi starea regiunii sacrale, se masează cu alcool si se pudrează cu talc
c) Schimbarea alezei împreună cu materialul impermeabil
- Procedaţi ca în cazul schimbării lenjeriei de pat cu pacientul în decubit lateral
- Pregătiţi aleza şi muşamaua rulându-le împreună în laţime
- Introduceţi lenjeria murdară în sacul special
- Efectuaţi pliul de confort la picioarele pacientului (acesta da lejeritate mişcărilor pacientului fară să se dezvelească)
- Introduceţi pătura şi cearşaful de jur împrejurul patului
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Observaţi faciesul pacientului şi măsuraţi pulsul
- Întrebaţi pacientul dacă este obosit sau dacă are dureri
NOTAREA PROCEDURII:
Notaţi:
- Procedura în planul de îngrijire şi în fişa de proceduri
- Numele şi prenume persoanei care a efectuat procedura
- Data şi ora, eventuale constatări privind starea tegumentelor, controlul sfincterelor
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi lenjeria murdară în coş
- Reaşezaţi noptiera şi scaunele la locul lor
- Scoateţi sacul cu lenjerie murdară din salon
- Aerisiţi salonul
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spalaţi-vă pe mâini
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate dorite
- Procedura şi-a atins scopul
- Pacientului i s-a asigurat confortul necesar
- Pacientul este destins cu facies relaxat, comportament adecvat, simţindu-se în siguranţă
Rezultate nedorite / ce faceţi
- Pacient nemulţumit, morăcănos, prezintă disconfort din cauza agitaţiei, s-au format cute care-l deranjează
    - Rezervaţi mai mult timp pentru a sta de vorba cu pacientul
    - Verificaţi cu grijă lenjeria să fie bine întinsă
- Pacientul refuză să i se schimbe aleza
    - Apelaţi la nevoie la o persoană semnificativă pentru bolnav, care să vă ajute să stabiliţi relaţii de colaborare.

FIŞA Nr.2.4.
SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL PACIENTULUI IMOBILIZAT -I-
- Schimbarea pijamalei-

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Menţinerea stării de igienă si confort
- Prevenirea escarelor de decubit
- Creşterea demnitlii pacientăţii
- Păstrarea identităţii
PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Pijama încălzită
- Cuvertură
- Pudră de talc
- Sac pentru lenjeria murdară
- Mănuşi de unică folosinţă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informaţi pacientul şi explicaiţi-i necesitatea procedurii
- Explicaţi pacientului cum poate participa la procedură
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ

- Asiguraţi intimitatea şi respectaţi pudoarea
- Întrebaţi pacientul dacă are nevoie de ploscă sau urinar inainte de procedură

EFECTUAREA PROCEDURII

- Aşezaţi lenjeria curată pe un scaun în apropierea patului
- Obţineţi informaţii despre posibilităţile de mobilizare a pacientului
- Apreciaţi resursele fizice ale pacientului
- Explicaţi-i procedura
- Pliaţi pătura la picioarele pacientului
- Înveliţi pacientul cu un pled încălzit
- Spălaţi-vă mâinile, îmbricaţi mănuşi de cauciuc

a) Dezbrăcarea şi îmbracărea bluzei la pacientul care se poate ridica în poziţie şezândă

- Descheiaţi nasturii pijamalei
- Ridicaţi pacientul în poziţie şezândă
- Rulaţi pijamaua de la spate spre ceafă şi treceţi-o peste cap rugând pacientul să flecteze capul
- Rulaţi fiecare mânecă şi îmbrăcaţi pe rând braţele
- Scoateţi mâinile în afara mânecilor
- Ridicaţi bluza pe spatele bolnavului şi îmbracaţi umerii
- Fricţionaţi uşor spatele pacientului
- Încheiaţi nasturii

b) Dezbrăcarea şi îmbrăcarea bluzei la pacientul care nu se poate ridica

- Descheiaţi nasturii
- Întoarceţi pacientul în decubit lateral şi dezbrăcaţi braţul eliberat
- Întoarceţi pacientul în decubit lateral invers şi dezbrăcaţi celălalt braţ îndepărtând bluza
- Menţineţi pacientul în decubit lateral
- Rulaţi mâneca şi îmbrăcaţi braţul liber
- Întoarceţi cu blândeţe pacientul în decubit lateral invers şi îmbrăcaţi celalalt braţ intinzând bluza pe spate
- Aduceţi pacientul în decubit dorsal
- Încheiaţi nasturii

c) Îndepărtarea şi îmbrăcarea pantalonilor

- Ridicaţi regiunea lombosacrată a pacientului şi trageţi cu grijă pantalonii spre picioare
- Asezaţi pacientul pe pat
- Ridicaţi uşor membrele inferioare şi continuaţi dezbrăcarea
- Puneţi pantalonii murdari în sac
- Observaţi aspectul membrelor inferioare
- Rugaţi persoana care vă ajută să ridice membrele inferioare ale pacientului
- Îmbrăcaţi pe rând fiecare membru şi trageţi pantalonii până aproape de şezut
- Coborâţi şi aşezaţi pe pat membrele inferioare
- Ridicaţi regiunea fesieră şi trageţi în sus pantalonii
- Verificaţi dacă cearşaful e bine întins
- Încheiaţi nasturii

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă

- Observaţi faciesul, măsuraţi pulsul
- Refaceţi patul şi înveliţi pacientul cu pătură
- Verificaţi dacă pacientul se simte bine

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- îndepărtaţi sacul cu lenjerie murdară
- îndepărtaţi învelitoarea
- îndepărtaţi mănuşile şi spalaţi-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi în fişa/planul de îngrijiri:
- procedura, data, ora
- orice observaţie legata de starea şi reacţia pacientului

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate aşteptate
- Schimbarea s-a făcut fără incidente
- Pacientul exprimă starea de confort, nu are dureri
- Nu se observă modificări la nivelul tegumentelor

Rezultate nedorite / Ce faceri
- Pacientul prezintă eritem la nivelul punctelor de sprijin
    - aplicaţi pudra de talc
    - schimbaţi poziţia pacientului
- Pacientul reclamă manevre brutale şi oboseală, dureri
    - liniştiţi pacientul, rămâneţi o vreme lânga el
    - administraţi un calmant dacă medicul recomandă
- Lenjeria nu este bine întinsă, pacientul acuză jenă
    - se reaşează patul după schimbarea lenjeriei, se întind bine cearşeafurile

FIŞA Nr. 2.5.

SCHIMBAREA LENJERIEI DE CORP ÎN CAZUL BOLNAVULUI IMOBILIZAT -II-

- Schimbarea cămăşii de noapte -

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Menţinerea stării de igiena şi confort
- Prevenirea escarelor de decubit
- Creşterea demnităţii pacientului
- Păstrarea identităţii

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Cămaşa de noapte încălzită
- Cuvertură
- Pudra de talc
- Sac pentru lenjeria murdară
- Mănuşi de unică folosinţă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ
- Informaţi pacientul şi explicaţi-i necesitatea procedurii
- Explicaţi pacientului cum poate participa la procedură
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ
- Asiguraţi intimitatea şi respectaţi pudoarea
- Întrebaţi pacientul dacă are nevoie de ploscă sau urinar înainte de procedură

EFECTUAREA PROCEDURII
- Aşezaţi lenjeria curată pe un scaun în apropierea patului
- Obţineţi informaţii despre posibilităţile de mobilizare a pacientului
- Apreciaţi resursele fizice ale pacientului
- Explicaţi procedura
- Pliaţi pătura la picioarele pacientului
- Înveliţi pacientul cu o cuvertură încălzită
- Spălaţi mâinile

A. La bolnavul care se poate ridica în poziţie şezândă
a) Dezbrăcarea cămăşii
- Ridicaţi şezutul pacientului şi trageţi în sus cămaşa
- Ridicaţi apoi pacientul în poziţie şezândă dacă este posibil
- Rulaţi cămasa până la ceafă şi treceţi cămaşa peste cap
- Scoateţi mânecile prin coborârea braţelor
- Introduceţi cămaşa murdară în sacul de rufe
- Observaţi punctele de sprijin
- Pudraţi cu talc
b) Îmbrăcarea cămăşii
- Rulaţi cămaşa curată de la poale către guler
- Rulaţi pe rând fiecare mânecă şi îmbrăcaţi braţele
- Treceţi cămaşa curată şi caldă deasupra capului lăsând-o să alunece până lângă şezut
- Ridicaţi şezutul şi întindeţi bine cămaşa
- Încheiaţi nasturii
- Întindeti şi fixaţi bine cearşaful de pat
B. La bolnavul care nu se poate ridica schimbarea se face de către doua persoane:
a) Dezbrăcarea cămăşii
- Ridicaţi şezutul introducând mâinile sub regiunea fesieră şi trageţi cât mai mult cămaşa spre regiunea lombară
- Întoarceţi pacientul cu blândeţe în decubit lateral şi strângeţi cămaşa până la axilă
- Readuceţi pacientul în decubit dorsal, apoi decubit lateral de partea opusă şi strângeţi cămaşa
- Readuceţi pacientul în decubit dorsal, ridicaţi uşor umerii şi trageţi cămaşa peste cap
- Dezbrăcaţi braţele
- Întroduceţi cămaşa murdară în sac
b) Îmbrăcarea cămăşii
- Rulaţi cămaşa de la poale spre guler
- Rulaţi pe rând fiecare mânecă şi îmbrăcaţi braţele
- Ridicaţi capul şi umerii pacientului şi treceţi cămaşa peste cap
- Întoarceţi cu blândeţe pacientul în decubit lateral şi întindeţi cămaşa
- Readuceţi pacientul în decubit dorsal şi apoi decubit lateral de partea opusă şi procedaţi la fel
- Aşezaţi pacientul în decubit dorsal, ridicaţi şi întindeţi bine cămaşa şi încheiaţi nasturii
- Întindeţi şi fixaţi bine cearşaful de pat
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă (sau recomandată de medic)
- Observaţi faciesul pacientului, măsuraţi pulsul
- Întrebaţi pacientul dacă este obosit sau dacă are dureri
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- îndepărtaţi învelitoarea şi acoperiţi pacientul cu pătura
- îndepărtaţi sacul cu lenjerie murdară
- îndepărtaţi mănuşile şi spalaţi-vă mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi în fişa/planul de îngrijiri:
- procedura, data, ora
- orice observaţie legată de starea şi reacţia pacientului
EVALUAREA PROCEDURII
Rezultate aşteptate
- Schimbarea s-a făcut fără incidente
- Pacientul exprimă starea de confort, nu are dureri
-Nu se observă modificări la nivelul tegumentelor
Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Pacientul prezintă eritem la nivelul punctelor de sprijin

- aplicaţi pudră de talc
- schimbaţi poziţia pacientului

- Pacientul reclamă manevre brutale şi oboseală, dureri
- liniştiţi pacientul, rămâneţi o vreme lunga el
- administraţi un calmant dacă medicul recomandă

- Lenjena nu este bine întinsă, pacientul acuză jenă
- se reaşează patul după schimbarea lenjeriei, se întind bine cearşafurile

Observaţii:
- dacă bolnavul este inconştient, folosiţi o bluză de pijama care să nu ajungă sub regiunea fesieră a acestuia
- după schimbarea lenjeriei de corp aplicaţi pe pat aleză şi muşama

FIŞA Nr. 2.6.1.
TOALETA PACIENTULUI IMOBILIZAT
BAIA PARŢIALĂ LA PAT

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Menţinerea pielii în stare de curăţenie
- Prevenirea apariţiei leziunilor cutanate
- Asigurarea stării de igienă şi confort a pacientului prin spălarea întregului corp pe regiuni,
descoperind progresiv numai partea care se va spăla

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Paravan
- Şort de unică folosinţă pentru nursă/e
- Masă mobilă pentru materiale, acoperită cu un câmp
- Trei prosoape de culori diferite
- Mănuşi de baie de culori diferite (faţă, trunchi şi membre, organe genitale)
- Mănuşi de unică folosinţă
- Săpun neutru şi sapunieră
- Perii de unghii
- Foarfece pentru unghii / pilă de unghii
- Perie de dinţi / pastă de dinţi
- Pahar pentru spălat pe dinţi
- Pahar cu soluţie antiseptică pentru gargară
- Lighean/bazin cu apă caldă / termometru de baie
- Ploscă (bazinet), găleata pentru apă murdară
- Muşama, aleză
- Cuvertură de flanelă /un cearşaf
- Alcool mentolat
- Pudră de talc
- Deodorant
- Pijamale şi lenjerie de pat curate
- Sac pentru lenjeria murdară

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Stabiliţi de comun acord cu pacientul ora efectuării toaletei ţinând seama de orarul mesei, investigaţiilor, tratamentului
- Obţineţi consimţământul informat şi aflaţi preferinţele sale în legătură cu igiena

b) FIZICĂ
- Apreciaţi starea pacientului pentru a evita o toaletă prea lungă, obositoare
- Dacă starea pacientului îi permite încurajaţi-l să spele singur, asigurându-i independenţa şi ajutaţi-l doar la nevoie
- Asiguraţi intimitatea pacientului
- Întrebaţi pacientul dacă doreşte să i se servească urinarul sau plosca

EFECTUAREA PROCEDURII
- Asiguraţi-vă că temperatura din salon este peste 20∞C
- Asiguraţi-vă că geamurile şi uşa să fie închise pe tot timpul procedurii
- Aşezaţi paravanul în jurul patului
- Umpleţi bazinul 2/3 cu apa caldă (37∞C–38∞C), controlând temperatura apei cu termometrul de baie
- Aşezaţi pacientul în poziţie decubit dorsal
- Dezbrăcaţi şi acoperiţi cu cearşaf şi flanelă
- Pliaţi pătura şi aşezaţi-o pe un scaun sau pe pat la picioarele bolnavului
- Descoperiţi progresiv numai partea care se va spală
- Îndepărtaţi una dintre perne, iar pe cealaltă acoperiţi-o cu o muşama şi cearşaf, sau aleza
- Puneţi în faţa bolnavului un prosop pentru a proteja învelitoarea
RESPECTAŢI ORDINEA ÎN CARE SE VA EFECTUA TOALETĂ

FAŢĂ ŞI G¬T
- Spălaţi-vă mâinile
- Îmbrăcaţi prima mănuşă de baie, umeziti-o, şi spălaţi ochii de la comisura internă la cea externă; folosiţi parţi separate din mănuşă pentru fiecare ochi
- Ştergeţi imediat cu primul prosop
- Spălaţi fruntea de la mijloc spre tâmple
- Spălaţi cu mişcări circulare regiunea perioralã şi perinazală
- Insistaţi la urechi în şanţurile pavilionului şi regiunea retroauriculară
- Spălaţi cu / fără săpun, limpeziţi de câteva ori cu apă şi ştergeţi imediat
- Spălaţi gâtul, limpeziţi
- Uscaţi prin tamponare cu prosopul
- Schimbaţi apa şi mănuşa
PARTEA ANTERIOARA A TORACELUI
- Spălaţi cu mişcări ferme, evitând gâdilarea pacientului; insistaţi la axile
- Limpeziţi şi uscaţi foarte bine: folosiţi deodorant, dacă pacientul doreşte
- Insistaţi la femei, la pliurile submamare
- Observaţi respiraţia pacientului şi eventuale iritaţii ale pielii sau alte modificări
- Acoperiţi toracele şi membrele superioare
MEMBRELE SUPERIOARE
Mutaţi muşamaua şi aleza şi intindeţi-le sub întreg membrul superior, desupra învelitorii
- Spălaţi prin mişcări lungi şi blânde; începeţi de la articulaţia pumnului spre umăr, stimulând astfel circulaţia venoasă
- Limpeziţi cu apă şi ştergeţi imediat cu al doilea prosop
- Daca este posibil aşezaţi mâna pacientului în bazinul cu apă caldă, pentru a tăia mai uşor unghiile sau pentru a le curaţa: spălaţi mâna pacientului cu săpun insistând în spaţiile interdigitale: limpeziţi cu apă şi uscaţi foarte bine.
- Spălaţi celalat membru superior după acelaşi principiu
ABDOMENUL
Dezveliţi abdomenul pacientului
- Insistaţi la nivelul pliurilor inghinale, unde datorită transpiraţiei şi lipsei de igiena a unor persoane pot apărea foarte uşor iritaţii ale pielii.
- Insistaţi la nivelul ombilicului care la unii pacienţi poate fi foarte murdar; procedaţi astfel:
a) îndepărtaţi depozitul de murdărie cu ajutorul unui tampon de vată înbibat în benzină şi montat pe un porttampon
b) spălaţi ombilicul cu apă şi săpun
c) uscaţi foarte bine şi ungeţi regiunea cu vaselină
- Acoperiţi pacientul cu cearşaful şi flanela
PARTEA POSTERIOARĂ A TORACELUI ŞI REGIUNEA SACRATĂ
- Aşezaţi pacientul în poziţie de decubit lateral, fiind susţinut de o altă nursă
- Mutaţi muşamaua şi aleza şi întindeti-le sub trunchiul pacientului

- Spălaţi, limpeziţi şi uscaţi regiunea
- Masaţi spatele pacientului cu alcool mentolat; observaţi proeminenţele osoase şi verificaţi starea pielii în punctele de sprijin
- Aplicaţi pudra de talc într-un strat foarte subţire
- Acoperiţi spatele pacientului
- Spălaţi regiunea anală dinspre faţă spre spate, astfel încât să evitaţi contaminarea regiunii perineale; limpeziţi şi uscaţi foarte bine regiunea
- Observaţi atent starea pielii în zonele predispuse apariţiei escarelor

MEMBRELE INFERIOARE

- Înlocuiţi apa, mănuşa de baie şi prosopul cu altele curate
- Întindeţi muşamaua şi aleza sub jumătatea inferioară a pacientului
- Readuceţi pacientul în decubit dorsal,
- Insistaţi la nivelul genunchiului, plicii poplitee, în regiunea tendonului lui Ahile şi a calcaneului
- Spălaţi cu apă şi supun prin mişcări blânde dinspre gleznă spre şold pentru a stimulacirculaţia venoasă;

ATENŢIE! NU SE MASEAZĂ!

- După fiecare săpunire limpeziţi bine cu apă şi uscaţi cu prosopul
- Observaţi atent starea pielii în zonele predispuse apariţie escarelor
- Spălaţi picioarele prin introducerea lor într-un bazin cu apă, aşezat pe pat; protejaţi patul cu muşamaua, această metodă uşurează curăţirea şi tăierea unghiilor!
- Pudraţi într-un strat foarte subţire plicile naturale
- Taiaţi unghiile
- Acoperiţi pacientul cu cearşaful şi flanela

ORGANELE GENITALE ŞI REGIUNEA PERIANALĂ

Încheie toaleta la pat a pacientului; dacă starea generala a pacientului îi permite, acesta se poate spăla singur, în timp ce asistenta va controla dacă s-a efectuat corect

- Înlocuiţi apa, mănuşa de baia şi prosopul cu altele curate
- Îmbrăcaţi mănuşa de unică folosinţă
- Aşezaţi bolnavul în poziţie ginecologică
- Izolaţi patul cu muşama şi aleza pe care le introduceţi sub regiunea sacrată
- Introduceţi plosca sub pacient
- Îmbrăcaţi mănuşa de baie peste mănuşa de cauciuc
- Spălaţi regiunea genitală dinspre anterior spre posterior, evitând regiunea anală; folosiţi săpun neutru (neiritant pentru piele şi mucoase)
- Limpeziţi cu apă curată foarte atent pentru îndepărtarea săpunului; se poate face cu ajutorul

unui jet de apă turnat dintr-o cană

- Puteţi folosi tampoane şi o pensă porttampon, având grijă să curăţaţi toate pliurile şi să schimbaţi des tampoanele pentru a nu transporta germeni dinspre regiunea anală spre cea genitală
- Îndepărtaţi bazinetul de sub pacient şi ştergeţi foarte bine organele genitale şi regiunea din jur folosind al treilea prosop

ÎN TIMPUL PROCEDURII EXAMINAŢI TEGUMENTELE ŞI OBSERVAŢI EVENTUALE MODIFICĂRI (ROŞEAŢĂ/ IRITAŢIE)

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Fricţionaţi cu alcool mentolat, în special regiunile predispuse la escare, pentru activarea circulaţiei sanguine
- Schimbaţi lenjeria de corp şi pat şi întindeţi bine pătura pentru a nu jena pacientul
- Acoperiţi pacientul şi asiguraţi-vă că este într-o poziţie de confort fizic şi psihc
- Supravegheaţi funcţiile vitale
- Dacă pacientul este purtător de sonde asiguraţi-vă că sunt permeabile şi bine poziţionate

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Strângeţi materialele folosite şi lenjeria murdară în recipiente speciale
- Curăţaţi materialele în vederea dezinfecţiei şi depozitării
- Îndepărtaţi mănuşile şi spălaţi-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi

- Data şi ora efectuării, numele persoanei care acorda îngrijirea
- Orice fel de modificări ale aspectului pielii şi informaţi medicul
- Măsurile de prevenire ale escarelor
- Nivelul de participare al pacientului la efectuarea toaletei
- Eventualele modificări ale funcţiilor vitale

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate dorite

- Observaţi reacţia pacientului la efectuarea toaletei
- Starea de mulţumire şi de confort a pacientului răsplăteşte pe deplin munca dumneavoastră
- Pacientul nu prezintă modificări ale tegumentelor

Rezultate nedorite / ce faceţi?

- Pacientul acuză dureri în timpul manevrelor
    - Lucraţi blând, cu mişcări lente şi comunicaţi permanent cu pacientul
    - Rezervaţi-vă suficient timp pentru a nu apela la manevre grăbite/brutale
    - Consultaţi medicul dacă poate fi administrat un calmant
- Pacientul prezintă eritem la nivelul punctelor de sprijin fiind predispus la escare
    - Stabiliţi măsuri concrete de prevenire şi combatere; a escarelor (masaj, schimbarea poziţiei, pudrarea cu talc, etc.)
    - Comunicaţi informaţiile semnificative colegelor care asigură continuitatea îngrijirilor
- Pacientul prezintă iritare la nivelul plicilor
    - Evitaţi transpiraţia şi umezeala
    - Aplicaţi unguente recomandate de medic

FIŞA Nr. 2.6.2.

ÎNGRIJIREA OCHILOR

OBEECTIVELE PROCEDURII

- Prevenirea infecţiilor oculare şi îndepnrtarea secreţiilor
- Menţinerea ochiului umezit (corneea expusa la pacienţii comatoşi sau paralizaţi)

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Soluţie de ser fiziologic, soluţie acid boric
- Soluţie de Vit. A şi picurator
- Lacrimi artificiale sau unguent oftalmic, prescris de medic
- Tampoane de tifon / comprese sterile
- Pansament steril şi bandă adezivă nealergică
- Mănuşi de unică folosinţă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ

- Informaţi pacientul şi explicaţi necesitatea dacă acesta este colaborant
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ

- Aşezaţi pacientul în decubit cu capul uşor întors spre ochiul care va fi spălat primul
- Efectuaţi îngrijirea în cadrul toaletei zilnice sau independent

EFECTUAREA PROCEDURII

- Spălaţi-vă mâinile şi îmbrăcaţi mănuşile
- Îndepartaţi secreţiile sau crustele aderente de gene/pleoape prin ştergere uşoară de la comisura externă spre cea internă folosind un tampon steril îmbibat în ser fiziologic

- Folosiţi un nou tampon steril pentru fiecare ştergere până când ochiul este curat
- Repetaţi procedura şi pentru celalalt ochi înclinând uşor capul
- Instilaţi lacrimi artificiale sau unguent oftalmic la indicaţia medicului
- Rugaţi pacientul să închidă ochii şi apoi aplicaţi soluţie de Vit. A pe pleoape, protejând astfel
pielea fragilă
- Pentru a menţine ochii umeziţi, aplicaţi un pansament steril îmbibat în ser fiziologic şi fixaţii
cu bandă adezivă; pansamentul se va schimba frecvent
În cazul pacientului comatos se urmează aceiaşi paşi descrişi mai sus, nursa fiind cea care va deschide pleoapa pacientului, folosind câte o compresă sterilă pentru fiecare pleoapă
- Instilaţi în sacul conjunctival câte o picătură de vit.A de 2ori/zi
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Schimbaţi frecvent pansamentul
- Repetaţi îngrijirea conform orarului stabilit de medic
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi materialele folosite în recipiente speciale, mai ales dacă secreţiile sunt purulente
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi în fişa/planul de îngrijiri:
- Data, ora, soluţiile medicamentoase folosite
- Aspectul secreţiilor, dacă s-au recoltat probe pentru examenul de laborator
EVALUAREA PROCEDURII
Rezultate aşteptate
- Procedura s-a desfăşurat fără incidente
- Corneea este umedă
Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Pacientul este agitat, există risc de lezare a corneei
    - Liniştiţi pacientul şi solicitaţi ajutor
    - Nu vă apropiaţi prea mult de ochiul pacientului
- Pacientul prezintă cruste
    - Aplicaţi comprese umezite, călduţe şi îndepărtaţi apoi cu blândeţe

FIŞA Nr.2.6.3.
ÎNGRIJIREA MUCOASEI NAZALE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Menţinerea permeabilităţii căilor respiratorii superioare şi prevenirea apariţiei leziunilor la pacienţii cu sonda nazofaringiană sau nazogastrică
- Îndepărtarea secreţiilor şi crustelor
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală
- Tampoane sterile montate pe beţişoare
- Soluţie sterilă de ser fiziologic
- Soluţie de apă oxigenată diluată
- Taviţă renală
- Manual de unică folosinţă
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ
- Informaţi pacientul şi rugaţi-l să nu se mişte
- Explicaţi-i pacientului colaborant cum poate participa la executarea procedurii
- Obţineţi consimţământul informat
b) FIZICĂ

- Aşezaţi pacientul în decubit dorsal
- Rugaţi-l să-şi întoarcă uşor capul într-o parte
EFECTUAREA PROCEDURII
- Spălăţi-vă mâinile şi îmbrăcaţi mănuşile
- Curăţaţi fiecare fosă nazală cu câte un tampon steril îmbibat în ser fiziologic
Dacă pacientul prezintă sonda nazofaringiană sau nazogastrică:
• dezlipiţi romplastul cu care este fixată sonda
• retrageţi sonda cca 5-6cm
• curăţaţi tubul cu un tampon de urmele de romplast
• îndepărtaţi crustele de pe mucoasa nazală cu un tampon umezit în H2O2;
reintroduceţi sonda gastrică; sonda pentru oxigenoterapie se poate reintroduce în cealaltă fosă nazală
• fixaţi sonda
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Controlaţi funcţionalitatea sondelor după curăţarea mucoasei nazale
- Supravegheaţi respiraţia pacientului
- Observaţi aspectul mucoasei
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Strângeţi materialul folosit în recipiente speciale
- Îndepărtaţi mânuşile
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Data şi ora, observaţiile făcute
- Ora reintroducerii sondei
EVALUAREA PROCEDURII
Rezultate aşteptate
- Procedura s-a desfăşurat fără incidente
- Căile respiratorii sunt libere, respiraţia se face normal
- Nu sunt leziuni pe mucoasă
Rezultate nedorite / Ce faceti
- Mucoasa nazală sângerează
    - Informati medicul pentru a stabili conduita
    - Acţionaţi conform prescripţiei

FIŞA Nr. 2.6.4.
ÎNGRIJIREA URECHILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Menţinerea stării de curăţenie a pavilionului urechii şi a conductului auditiv extern
- Îndepărtarea depozitelor naturale (cerumen) sau a celor patologice
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tava medicală
- Tampoane montate pe beţisoare
- Taviţa renală
- Apă şi săpun
- Mănuşa de baie
- Prosop
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ
- Informaţi pacientul şi explicaţi necesitatea procedurii
- Obţineţi consimţământul informat
b) FIZICĂ
- Aşezaţi pacientul în decubit dorsal şi rugaţi-l să-şi întoarcă uşor capul într-o parte
EFECTUAREA PROCEDURII

- Curăţaţi conductul auditiv extern cu un tampon uscat executând cu blândeţe mişcări de rotaţie - Curăţaţi fiecare ureche cu un tampon separat
- Spălaţi pavilionul urechii cu mănuşa de bumbac cu săpun şi insistaţi în şanţurile pavilionului şi regiunea, retroauriculara
- Observaţi eventuale iritaţii retroauriculare sau leziunile produse prin compresiune la bolnavii imobilizaţi
- Limpeziţi şi uscaţi bine cu prosopul, conductul şi pavilionul urechii
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Introduceţi un tampon de vată absorbant în conductul auditiv extern
- Asiguraţi confortul pacientului
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Strângeţi materialul folosit în recipiente speciale
- Îndepărtaţi-vă mănuşile şi spălaţi-vă mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Data şi ora, observaţiile făcute
EVALUAREA PROCEDURII
Rezultate aşteptate
- Pacientul nu acuză discomfort
Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Pacientul acuză dureri
- Pacientul prezintă secreţii otice
- anunţaţi medicul pentru a solicita un consult de specialitate dacă este cazul

FIŞA Nr.2.6.5.
ÎNGRIJIREA CAVITĂŢII BUCALE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Îndepărtarea plăcii bacteriene
- Evaluarea stării de sănătate orală
- Reducerea posibilităţilor de infecţie
- Îndepărtarea gustului şi mirosului neplăcut al cavităţii bucale
- Să promoveze confortul pacientului şi educarea acestuia când este posibil

A. LA BOLNAVUL CONŞTIENT
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Periuţa personală
- Pasta de dinţi cu fluor
- Pahar cu apa
- Taviţa renală (recipient) pentru apa folosită
- Aţa dentară
- Şervetele de hârtie, prosop, muşama
- Apa de gură, dacă e solicitată
- Tava pentru materiale
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ
- Informaţi pacientul şi explicaţi necesitatea menţinerii igienei cavităţii bucale
- Apreciaţi resursele fizice ale pacientului pentru a stabili modul de participare a acestuia, capacitatea de autonomie, starea mintala
- Obţineţi consimţământul informat
b) FIZICĂ
- Aşezaţi pacientul în poziţia adecvata:
a) Şezând şi puneţi un prosop în jurul gâtului, dacă starea permite
b) Decubit lateral cu capul uşor ridicat şi sprijinit pe o pernă protejată cu prosop
EFECTUAREA PROCEDURII

- Aduceţi materialele pregătite lângă bolnav
- Ajutaţi pacientul să se aşeze în poziţie adecvată stării sale
- Serviţi pacientului periuţa cu pasta şi paharul cu apă
- Susţineţi tăviţa renală sub bărbia pacientului sau în aproprierea feţei acestuia aşezată pe perna acoperită cu muşama şi prosop
- Sfătuiţi pacientul să perie dinţii timp de 2-3 minute în sens vertical, pe ambele feţe pentru îndepărtarea depozitelor sau resturilor de alimente
- Invitaţi pacientul să-şi clătească gura cu multă apă şi la sfârşit cu apă de gură dacă doreşte
- Oferiţi pacientului aşezat în decubit o cană cu cioc sau cu un tub de suctiune.

B. LA BOLNAVUL INCONŞTIENT
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Periuţa personala
- Pasta de dinţi cu fluor
- Prosop
- Tampoane pe porttampon
- Deschizător de gură
- Comprese de tifon sterile
- Apa boricată, glicerină boraxată 2%, glicerină boraxată cu stamicin
- Spatulă linguală
- Taviţă renală
- Mănuşi de unică folosinţă
- Vaselină pentru buze
- Seringă pentru aspirarea lichidului
PREGĂTIREA PACIENTULUI
- Luaţi în considerare diagnosticul, tratamentul, dieta
- Observaţi starea pacientului şi apreciaţi nevoia de îngrijire, starea de hidratare, aspectul buzelor
- Pacientul fiind necolaborant, îngrijirea se realizează de către nursă
FIZICĂ
- Aşezaţi pacientul în decubit lateral, cu toracele uşor ridicat; dacă nu este posibil întoarce-ţi capul într-o parte
EFECTUAREA PROCEDURII
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşi
- Aduceţi materialele lângă pacient
- Protejaţi perna cu un prosop şi aşezaţi alături taviţa renală şi o seringa pentru aspiraţie
- Îndepărtaţi maxilarele cu ajutorul unui deschizător de gură şi fixaţi între molarii din spate pentru a menţine gura deschisă
- Periaţi suprafaţa externă a dinţilor folosind o cantitate mică de pastă şi apă
- Aspiraţi cu seringa lichidul pentru a nu ajunge în căile respiratorii
- Renunţaţi la pastă şi periuţă dacă există riscul de aspirare în căile respiratorii
- Folosiţi o spatulă linguală şi tampoane pentru a îndepărta obrajii şi buzele şi pentru a curăţi mucoasa bucală
- Curăţaţi suprafaţa internă a dinţilor şi limba, bolta palatină folosind tampoane cu glicerină boraxată
- Observaţi mucoasa orală, starea gingiilor şi dinţilor, limba
- Stabiliţi îngrijirile ulterioare în funcţie de constatare
- Ungeţi buzele cu vaselină
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Asiguraţi pacientului o poziţie adecvată în raport cu starea sa generală
- Asiguraţi hidratare corespunzătoare pentru a preveni uscarea buzelor şi mucoasei bucale
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi materialele folosite colectând în containere speciale pe cele cu potenţial de infecţie

- Plasaţi obiectele bolnavului în noptieră
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile.

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi în fişa/planul de îngrijiri:
- Data, ora, soluţiile folosite
- Aspectul mucoasei, existenţa eventualelor leziuni, sângerarea gingiilor, mirosul, depozite

EVALUAREA PROCEDURII

Rezultate aşteptate
- Pacientul nu prezintă leziuni la nivelul mucoasei bucale
- Nu sunt semne de apariţia candidozei bucale

Rezultate nedorite/ce faceti?
- Aspirarea lichidului în caile respiratorii
    - anunţaţi medicul.
- Lezarea mucoasei bucale şi dinţilor cu deschizătorul sau porttamponul
    - Lucraţi cu atenţie, solicitaţi ajutor la nevoie

FIŞA Nr. 2.6.6.
ÎNGRIJIREA PROTEZELOR DENTARE

OBIECTIVUL PROCEDURII
- Menţinerea igienei protezei şi a cavităţii orale

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Pahar mat
- Periuţă
- Pasta de dinţi
- Mănuşi de unică folosinţă

EFECTUAREA PROCEDURII

Rugaţi pacientul conştient să-şi scoată proteza, să o cureţe şi noaptea să o pună într-un pahar propriu netransparent

Asiguraţi intimitatea acestuia dacă se jenează să-şi scoată proteza în prezenţa altor persoane

În cazul bolnavului inconştient:
• Îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă
• Prindeţi proteza cu o bucată de tifon şi îndepărtaţi-o cu blândeţe
• Spălaţi proteza cu pastă şi periuţă
• Păstraţi proteza într-un pahar special, mat
• Redaţi pacientului proteza când îşi recapătă starea de conştienţă - clătiţi proteza înainte de a o reda

FIŞA Nr. 2.6.7.
ÎNGRIJIREA UNGHIILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII

Se face în cadrul băii pe regiuni sau separat, după caz pentru:
- Îndepărtarea depozitului subunghial
- Evitarea leziunilor prin grataj la pacienţi, cu prurit
- Obţinerea unei aparenţe îngrijite a pacientului

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Apă şi săpun, bazin (lighean)
- Periuţă de unghii
- Forfecuţă şi pilă de unghii
- Prosop, aleză
- Mănuşi de unica folosinţa

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a)PSIHICĂ
- Informaţi pacientul asupra necesităţii procedurii
- Obţineţi consimţământul informat
b) FIZICĂ
- Aşezaţi pacientul în poziţie de decubit dorsal cât mai comod
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Spălaţi-vă mâinile şi îmbrăcaţi mănuşile
- Introduceţi mâna/piciorul pacientului în bazinul cu apă calda şi săpun pentru cca 5 minute - - Aşezaţi apoi mâna/ piciorul pe un prosop, timp în care introduceţi în bazin cealaltă mână , respectiv picior
- Tăiaţi cu mare atenţie unghiile, la nivelul degetului, apoi piliţi-le; fragmentele tăiate strângeţi-le pe o bucată de pânză (aleză) sau un prosop
EVITAŢI LEZAREA ŢESUTURILOR ADIACENTE.
RISC DE INFECŢII - PANARIŢII LA DIABETICI.

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Strângeţi apoi materialul folosit
- Îndepărtaţi-vă mănuşile şi spălaţi-vă mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Data, ora, observaţiile făcute
- Observaţii privind culoarea, eventualele striaţiuni, îngroşări, modificări de formă
EVALUAREA PROCEDURII
Rezultate aşteptate
- Pacientul exprimă stare de confort

FIŞA Nr. 2.6.8.
ÎNGRIJIREA PĂRULUI

FIŞA Nr. 2.6.8
A. ÎNGRIJIREA ZILNICĂ A PĂRULUI PRIN PIEPTĂNARE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Menţinerea igienei părului şi a stării de bine a pacientului
- Menţinerea unui aspect fizic plăcut şi păstrarea demnităţii
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Pieptene şi perie personale
- Clame, panglici
- Un prosop sau o aleză
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Explicaţi pacientului/pacientei necesitatea menţinerii igienei părului
- Evaluaţi resursele pacientului/pacientei pentru a stabili dacă îşi poate pieptăna singur/singură părul sau are nevoie de ajutor
b) FIZICĂ:
- Aşezaţi pacientul/pacienta într-o poziţie în care-i permite starea generală (şezând sau decubit lateral)
- Acoperiţi umerii sau perna cu un prosop, o bucată de pânză, în funcţie de poziţia pacientului/pacientei
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Serviţi pacientul/pacienta cu materialele necesare şi ajutati-i să se pieptene singuri
- Aşezaţi pacientul/pacienta într-o poziţie confortabilă
- Acoperiţi umerii sau perna pacientului/pacientei cu un prosop sau aleză
- Îmbrăcaţi mănuşi daca pacientul prezintă leziuni la nivelul scalpului
- Pieptănaţi şi periaţi părul scurt, pe rând pe fiecare parte

- Împărţiţi părul lung sau buclat în suviţe şi pieptănaţi dinspre capăt spre rădăcina firului de păr
- Împletiţi părul lung având grijă să nu jeneze pacientul/pacienta când stă în decubit
- Observaţi eventualele leziuni ale scalpului cât şi aspectul părului
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie confortabilă (dacă este cazul)
- Reaşezaţi parul
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi materialele folosite şi eventualele fire de păr căzute
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Notaţi în planul de îngrijire eventuale leziuni
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate:
- Pacientul exprimă stare de confort
- Nu prezintă leziuni sau paraziţi
Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Pacientul prezintă paraziţi
    - efectuaţi deparazitarea
- Pacientul are urme de sânge sau alte substanţe
* nu tăiaţi părul decât dacă este absolut necesar; obţineţi consimţământul

FIŞA Nr. 2.6.8.
B. ÎNGRIJIREA ZILNICA A PĂRULUI PRIN SPĂLARE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Menţinerea igienei părului şi a stării de bine a pacientului
- Îndepărtarea excesului de sebum
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Lighean
- Găleată pentru colectarea apei folosite
- Vas cu apă caldă, termometru de baie
- Săpun lichid/şampon
- Muşama şi aleză
- Prosoape
- Uscător de păr
- Perie, pieptăne
- Paravan
- Mănuşi de unică folosinţă
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul/pacienta şi stabiliţi de comun acord ora spălării
- Evaluaţi resursele pacientului/pacientei pentru a putea aprecia contribuţia acestuia. Obţineţi consimţământul.
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi poziţia în funcţie de starea generală:
1) şezând, pe scaun cu spatele sau cu faţa spre lavoar (sau în picioare aplecat deasupra lavoarului
2) şezând pe un scaun cu spătar alături de care se aşează al 2-lea scaun pe care se pune ligheanul
3) decubit dorsal cu toracele uşor ridicat şi cu salteaua îndoită sub torace lăsând somiera liberă spre capătul patului
4) decubit dorsal, orientat oblic, cu capul spre marginea patului
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Asiguraţi-vă că temperatura din salon este de peste 20∞C, geamurile şi uşa sunt închise

- Asiguraţi intimitatea izolând patul cu un paravan
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşile
- Procedaţi în continuare în funcţie de poziţia aleasă şi starea pacientului
Cu pacientul în poziţie şezând
- Aşezaţi pacientul pe un scaun sau în faţa lavoarului
Cu pacientul în poziţie de decubit
- Rulaţi salteaua şi acoperiţi cu muşama şi aleză pe care se sprijină spatele şi capul pacientului / pacientei.
- Aşezaţi ligheanul pe partea de somieră rămasă liberă şi introduceţi capătul liber al muşamalei făcut sul în găleata pentru a permite scurgerea apei
- Aşezaţi pacientul/pacienta oblic pe pat cu capul spre margine. Introduceţi sub capul şi umerii pacientului/pacientei muşamaua şi aleza. Aşezaţi găleata pentru colectarea apei murdare în vecinătatea patului şi introduceţi capătul liber al muşamalei făcut sul
- Susţineţi cu o mână (dacă este cazul) capul pacientului, iar cu cealaltă umeziţi şi şamponaţi părul. Apelaţi la ajutorul altei persoane (dacă este necesar)
- Masaţi uşor pielea capului cu vârful degetelor şi spălaţi de 2-3 ori
- Limpeziţi cu multă apă
- Acoperiţi părul cu un prosop cald şi ştergeţi bine
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Ajutaţi pacientul/pacienta să se aşeze în pat
- Verificaţi dacă este cazul funcţiile vitale
- Evitaţi curenţii de aer
- Acoperiţi capul pacientului/pacientei dacă este necesar sau solicită
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi apa murdară şi materialele folosite
- Curăţaţi şi dezinfectaţi materialele folosite, asezaţi-le la locul de păstrare
- Îndepărtaţi mănuşile şi spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Notaţi în planul de îngrijire data, observaţiile făcute
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate
- Pacientul exprimă stare de confort
- Nu prezintă leziuni ale scalpului
Rezultate nedorite / Ce faceţi?
- Pacientul prezintă leziuni ale scalpului:
    - informaţi medicul, eventual se va consulta un dermatolog

FIŞA Nr.2.7.
SCHIMBAREA POZIŢIEI PACIENTULUI IMOBILIZAT, ADINAMIC

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Prevenirea complicaţiilor (escare, tromboze, încetinirea tranzitului)
- Promovarea stării de confort
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Perne
- Pătura făcută sul, suluri din materiale textile
- Sprijinitor pentru picioare sau sac de nisip
PREGĂTIREA PACIENTULUI
- Informaţi pacientul asupra necesităţii schimbării poziţiei
- Explicaţi pacientului importanţa schimbării poziţiei la anumite intervale de timp
EFECTUAREA PROCEDURII:
Participă 1 sau 2 persoane, una având rol de coordonator

A.

1. Schimbarea poziţiei din decubit dorsal în decubit lateral
- Identificaţi pacientul şi evaluaţi resursele acestuia
- Aduceţi materialele auxiliare lânga pat
- Asezaţi-vă de partea patului spre care întoarceţi pacientul
- Ridicaţi pătura şi pliaţi-o spre partea opusă
- Prindeţi cu mâna dinspre cap umărul pacientului, ridicaţi-l cu blândeţe şi introduceţi pătura sub spate (sau un sul) pentru a-l sprijini
- Susţineţi toracele pacientului pentru a-i asigura stabilitate şi cu mâna dinspre picioare rotaţi bazinul şi membrele inferioare
- Sprijiniţi spatele pacientului cu un sul de cearşaf
- Flectaţi membrul inferior de deasupra şi introduceţi sub el o perna
- Acoperiţi pacientul cu pătura şi anuntaţi-l când va fi o nouă schimbare
2. Schimbarea poziţiei din decubit lateral în decubit dorsal
- Aşezaţi-vă de partea patului spre care este orientat spatele pacientului şi rugaţi o persoană să vă ajute
- Prindeţi pacientul de sub axilă şi sprijiniţi-i capul pe antebraţ
- Rugaţi ajutorul să introducă o mână sub bazinul pacientului ,
- Sincronizaţi-vă mişcările şi executaţi o mişcare de rotaţie aducând pacientul în decubit dorsal
- Introduceţi sub regiunea lombară şi sub genunchi pernuţe subţiri sau materiale textile împăturite pentru a respecta curbura fiziologică a coloanei şi pentru a evita hiperextensia membrelor
- Întindeţi lenjeria de corp şi de pat
- Acoperiţi pacientul
- Anunţaţi ora următoarei schimbări

B.
1. Schimbarea poziţiei din decubit dorsal în poziţie şezând
a) de către o singură persoană
- Îndoiţi/pliaţi pătura şi dezveliţi pacientul până la mijloc
- Asezaţi-vă faţă în faţă cu pacientul, rugându-l să întoarcă puţin capul într-o parte
- Prindeţi cu o mână regiunea axilară
- Îmbrăţişaţi cu cealaltă mână spatele pacientului spijinindu-i capul pe antebraţ
- Rugaţi pacientul care are resurse fizice să vă prindă de umeri, să-şi flecteze genunchii şi să se sprijine pe tălpi
- Comandaţi mişcarea de ridicare folosind un cuvânt de îndemn (de. Ex. "sus")
- Ajutaţi pacientul să se ridice în timp ce se sprijină şi deplasaţi-l uşor spre capul patului
- Sprijiniţi spatele cu perna sau cu rezemătorul mobil al patului
- Asiguraţi menţinerea poziţiei introducând un sul sub genunchi şi punând la tălpi un sprijinitor sau un sac de nisip
b) de catre două persoane
- Asezaţi-vă de o parte şi de alta a patului
- Încrucişaţi antebraţele pe spatele pacientului
- Introduceţi cealaltă mână în axilă
- Comandaţi mişcarea de ridicare şi executaţi-o în acelaşi timp
- Fixaţi poziţia cu perne sau cu rezemătorul mobil
2. Reaşezarea pacientului în decubit dorsal din poziţia şezând
- Îndepărtaţi pernele şi sulurile
- Prindeţi pacientul ca şi în cazul ridicării
- Lasaţi uşor pe spate
- Reaşezaţi patul, întindeţi lenjeria
- Fixaţi sulurile sub regiunea lombară şi genunchi
C. Readucerea pacienţilor alunecaţi din poziţie semişezând sau şezând
- Rugaţi pacientul să întoarcă faţa spre partea opusă
- Rugaţi-l să se sprijine pe tălpi şi să se ridice puţin la comandă
- Introduceţi mâna sub axile şi conduceţi mişcarea de ridicare ajutând pacientul

să se deplaseze uşor spre capătul patului
a) daca aveţi un ajutor
- Aşezaţi-vă de o parte şi de alta a patului
- Prindeţi cu o mână din axilă sau încrucisaţi antebraţele pe spatele pacientului
- Introduceţi cealaltă mână sub regiunea fesieră a pacientului şi acţionaţi sincron la comandă ridicând pacientul până la nivelul dorit
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Asiguraţi-vă că pacientul este relaxat, se simte bine.
- Verificaţi lenjeria şi materialele auxiliare folosite să nu jeneze pacientul
- Vizitaţi pacientul între două schimbări pentru a vedea dacă acuză durere
- Măsuraţi dacă este cazul: pulsul; TA; respiraţia
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi materialele inutile
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi orarul schimbării poziţiei şi comportamentul pacientului în timpul procedurii
- Notaţi aspectul tegumentelor la nivelul punctelor de sprijin
EVALUAREA PROCEDURII
Rezultatul aşteptat
- Pacientul exprimă stare de bine, nu sunt modificări tegumentare în punctele de presiune şi al valorilor funcţiilor vitale
Rezultat neaşteptat / Ce faceţi
- Pacientul acuză manevre brutale care-i provoacă dureri
- Comunicaţi cu pacientul pentru a culege mai multe informaţii despre starea sa şi acţionaţi cu mai multă blandeţe
- La nivelul punctelor de sprijin apar semne de compresiune
- Aplicaţi şi alte măsuri de prevenire a escarelor

FIŞA Nr. 2.8.
MOBILIZAREA PACIENTULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Prevenirea complicaţiilor
- Stimularea tonusului fizic şi psihic
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Cadru mobil
- Agăţători
- Baston
- Cârje
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Anunţaţi pacientul şi descrieţi mişcările care se vor face
- Explicaţi pacientului importanţa mobilizării precoce
- Evaluaţi resursele fizice ale pacientului
b) FIZICĂ:
- Ajutaţi pacientul să se îmbrace corespunzător
- Măsuraţi pulsul
EFECTUAREA PROCEDURII:
• Consultaţi medicul privind tipul de mobilizare şi durata
1. Mobilizarea pasivă
- Faceţi mişcări de flexie şi rotaţie ale capului
- Continuaţi să faceţi exerciţii ale membrelor superioare şi inferioare prin mişcări de flexie, extensie, abducţic, adducţie, supinaţie şi pronaţie - mobilizaţi toate articulaţiile cu blândeţe
- Comunicaţi cu pacientul pentru a afla dacă are dureri şi observaţi faciesul
- Masaţi membrele în sensul circulaţiei de întoarcere
- Controlaţi pulsul

2. Ridicarea în poziţie şezând
a) În pat
- Ajutaţi pasiv pacientul să se ridice şi sprijiniţi-l cu perne sau folosiţi rezemătorul mobil
- Montaţi deasupra patului o agăţătoare mobilă şi stimulaţi pacientul să se ridice, sprijinindu-l cu perne dacă este necesar
b) La marginea patului
• Executarea de către o singură persoană
- Introduceţi o mână sub regiunea omoplaţilor, iar cealaltă sub regiunea poplitee
- Dacă este cazul rugaţi pacientul să se prindă de gâtul dumneavoastră
- Rotiţi picioarele pacientului într-un unghi de 90∞ şi lăsaţi-le să atârne uşor la marginea patului
- Observaţi faciesul pacientului
• Executarea de către 2 persoane
- Aşezaţi-vă spre capul pacientului şi introduceţi mâinile sub omoplaţi
- Rugaţi ajutorul să introducă mâinile sub regiunea poplitee
- Sincronizaţi mişcările şi ridicaţi spatele pacientului rotind picioarele cu 90∞ şi aduceţi-le la marginea patului
- Menţineţi pacientul în această poziţie - la început câteva minute, apoi creşteţi treptat timpul
- Reaşezaţi pacientul pe pat, executând mişcările în sens invers
c) Aşezarea pacientului în fotoliu
- Aşezaţi pacientul la marginea patului
- Oferiţi pacientului papucii
- Aşezaţi fotoliul cu rezemătoarea laterală lipită de marginea patului
- Aşezaţi-vă în faţa pacientului şi introduceţi mâinile sub axile, rugându-l să ţină capul întors într-o parte
- Dacă aveţi ajutor, aşezaţi-vă de o parte şi de alta a pacientului
- Prindeţi fiecare pacientul pe sub axilă şi ridicaţi-l în picioare
- Rotiţi pacientul cu spatele spre fotoliu şi aşezaţi-l cu grijă în fotoliu
- Acoperiţi pacientul cu un pled dacă situaţia o cere (temperatură mai scăzută în încăpere)
- Reaşezaţi pacientul în pat executând mişcările în sens invers
d) Ridicarea pacientului în poziţie ortostatică
- Repetaţi mişcările de aducere a pacientului în poziţie şezând, cât mai aproape de margineapatului
- Aşezaţi-vă de o parte a pacientului şi sprijiniţi-l de sub axile
- Ridicaţi pacientul în picioare
- Observaţi faciesul pacientului şi menţineţi-l în ortostatism câteva minute
- Întrebaţi pacientul dacă se simte bine
- Aşezaţi pacientul pe pat dacă acuză ameţeli
- Reaşezaţi pacientul pe pat executând mişcările în ordine inversă
e) Efectuarea primilor paşi
- Întrebaţi medicul dacă pacientul se poate deplasa
- Ridicaţi pacientul mai întâi în poziţie şezând cât mai aproape de marginea patului şi apoi în ortostatism
- Sprijiniţi pacientul de braţ şi apoi ajutaţi-l să facă primii paşi prin salon
- Creşteţi distanţa de deplasare în funcţie de recomandarea medicală
- Oferiţi pacientului un cadru mobil dacă starea generală îi permite să se deplaseze singur
- Supravegheaţi pacientul în timpul deplasării
- Încurajaţi pacientul să se ridice şi să se deplaseze pe măsură ce starea generală permite
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Observaţi starea pacientului şi măsuraţi P, R, TA, dacă este cazul
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Întindeţi lenjeria pentru a preveni apariţia escarelor
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Aşezaţi materialele folosite în locurile de depozitare
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Tipul de mobilizare, durata, numărul mobilizărilor, orarul acestora şi comportamentul pacientului
- Informaţii utile legate de recomandările medicale.
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- pacientul se mobilizează conform programului
- nu prezintă complicaţii favorizate de imobilizare
Rezultate nedorite / Ce facem dacă:
• Pacientul refuză mobilizarea
Cercetaţi cauza
- prezintă dureri
- se teme de durere
- este slăbit
- prezintă ameţeli
Încurajaţi pacientul
- acordaţi-i mai mult timp
- asiguraţi-l că sunteţi acolo pentru a-l ajuta
Administraţi un calmant înainte de mobilizare (la recomandarea medicului)
- acţionaţi cu blândeţe
Reduceţi durata mobilizării
(dacă pacientul se simte slăbit sau are ameţeli)

FIŞA Nr. 2.9.1.
CAPTAREA URINII

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Golirea vezicii urinare la pacientul imobilizat
- Măsurarea cantităţii de urină eliminată
- Observarea aspectului urinii
- Obţinerea unei mostre de urină pentru examinare
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Paravan
- Ploscă sau urinar
- Hârtie igienică
- Materiale pentru toaleta locală (dacă este cazul)
- Muşama şi aleză pentru protecţia patului
- Materiale pentru spălarea mâinilor pacientului
- Mănuşi de unică folosinţă
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Încurajaţi pacientul să-şi învingă jenă şi să solicite plosca sau urinarul când are nevoie
- Asiguraţi pacientul că-i va fi respectată pudoarea
b) FIZICĂ:
- Izolaţi pacientul cu un paravan
- Evaluaţi resursele pacientului ca să vedeţi dacă poate participa
- Asezaţi pacientul într-o poziţie adecvată care să-i permită evacuarea
EFECTUAREA PROCEDURII:
1. La pacientul în stare gravă, care necesită ajutor
- Spălaţi mâinile
- Îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă
- Ridicaţi pătura
- Protejaţi patul cu muşama şi aleză

- Dezbrăcaţi partea inferioara a corpului (daca este cazul)
- Încălziţi plosca sau urinarul prin clătire cu apă caldă şi uscaţi prin ştergere cu hârtie igienică
- Introduceţi plosca sub pacient respectând paşii de la captarea materiilor fecale sau aşezaţi urinarul între coapsele pacientului
2. La pacienţii de sex masculin, penisul se introduce în urinar sau se orienteza spre plosca (bazinet)
- Lăsaţi pacientul câteva minute singur
- Îndepartati plosca su urinarul
- Ajutaţi pacientul sa-şi spele mâinile
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Ajutaţi pacientul sa se îmbrace (daca este cazul)
- Aşezaţi pacientul într-o poziţie comodă sau într-o poziţie recomandată
- Întindeţi lenjeria de corp şi de pat
- Îndepărtaţi aleza sau înlocuiţi-o dacă s-a umezit
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi paravanul
- Îndepărtaţi plosca sau urinarul în vederea golirii
- Măsuraţi cantitatea şi observaţi aspectul după care goliţi şi clătiţi plosca sau urinarul
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi cantitatea, culoarea şi aspectul, întreruperea jetului, eventualele senzaţii neplăcute (jenă, usturime)
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
REZULTATUL AŞTEPTAT
- Pacientul îşi goleşte cu uşurinţă vezica, exprimă stare de confort şi nu acuză jenă
- Cantitatea este normală, culoarea gălbuie, aspect clar
REZULTATE NEDORITE/ CE FACEŢI?
- Urinează cu dificultate, în cantitate mică, acuză usturimi
- Urina este tulbure, decolorată, hipercromă, roşie (conţine sânge)
    - Se anunţa medicul
    - Se culeg informaţii în legătura cu medicamentele administrate care se elimină prin urină şi produc modificări

FIŞA Nr. 2.9.2.
CAPTAREA MATERIILOR FECALE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Asigurarea intimităţii pacientului imobilizat în vederea eliminării asistate a materiilor fecale
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Paravan
- Bazinet (ploscă)
- Materiale pentru efectuerea toaletei
- Hârtie igienică
- Materiale pentru spălarea mâinilor pacientului
- Muşama, aleză
- Manuşi de unică folosinţă
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Încurajaţi pacientul să-şi învingă jena şi să solicite servirea ploştii atunci când are nevoie
- Asiguraţi pacientul că i se va respecta pudoarea şi intimitatea
- Stabiliţi cu pacientul un orar (de ex. dimineaţa şi seara)
b) FIZICĂ:
- Aşezaţi pacientul într-o poziţie adecvată

- Evaluaţi resursele pacientului pentru a stabili cum poate participa
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Spălaţi-vă mâinile
- Îmbrăcaţi mânuşile de unică folosinţă
- Ridicaţi pătura şi protejaţi patul cu aleză şi muşama
- Dezbrăcaţi pacientul de la brâu în jos
- Încălziţi bazinetul metalic prin clătire cu apă caldă; uscaţi-l prin ştergere cu hârtie igienică
- Asiguraţi confortul psihic prin ridicarea capătului cefalic al patului dacă starea pacientului o permite
- Aşezaţi muşamaua sub bazinul pacientului/clientului
- Rugaţi pacientul să se ridice sprijinindu-se pe coate şi plante
- Introduceţi o mână pe sub mijlocul pacientului pentru a-l susţine
- Introduceţi plosca/bazinetul sub pacient cu cealaltă mână şi asiguraţi-vă că este bine aşezat
- Solicitaţi ajutorul unei alte persoane pentru ridicarea pacientului dacă starea nu-i permite să participe
- Asigurati-vă că la pacienţii de sex masculin penisul este orientat în bazinet
- Acoperiţi pacientul pană termina actul defecării
- Lasaţi pacientul singur, dar nu vă îndepărtaţi foarte mult, astfel încât să vă poată anunţa când termină
- Oferiţi pacientului hârtie igienica după defecare, dacă starea acestuia o permite
- Îndepărtaţi bazinetul/plosca, acoperind-o cu un material impermeabil
- Efectuaţi la nevoie toaleta regiunii perianale pe alt bazinet special pregătit
- Oferiţi apă, săpun şi prosop pacientului pentru spălarea mâinilor dacă a folosit hârtie igienică
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Îndepărtaţi muşamaua
- Coborâţi capătul cefalic al patului până la o poziţie comodă pentru pacient
- Verificaţi lenjeria de pat şi de corp să nu fie umedă sau cutată
- Ajutaţi pacientul să îmbrace pantalonul de pijama
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi paravanul şi aerisiţi salonul
- Îndepărtaţi materialele utilizate şi asigurati-vă că plosca a fost golită şi curăţată
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi cantitatea eliminată în foaia de temperatură sau în planul de îngrijiri
- Descrieţi eventuale aspecte patologice ale scaunului (culoare, formă, prezenţa sângelui, puroiului, mucusului), prezenţa durerii
• Prezentaţi la vizită scaunul cu aspect modificat
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Scaunul eliminat de pacient este de aspect şi consistenţă normale
- Pacientul prezintă stare de confort
Rezultate nedorite:
• Ce faceţi dacă:
Pacientul/clientul nu poate elimina
- Verificaţi dacă stă în poziţie comodă
- Verificaţi dacă nu prezintă fecaloame
- Lasaţi pacientul singur pentru a-i respecta pudoarea şi intimitatea
- Informaţi medicul

FIŞA Nr. 2.9.3.
CAPTAREA SPUTEI

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Prevenirea răspândirii infecţiei
- Observarea aspectului
- Obţinerea unor mostre pentru examene de laborator
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Pahar conic gradat, scuipătoare sau cutie Petri sterilă
- Soluţie dezinfectantă (pentru inactivarea germenilor)
- Şerveţele de hârtie
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Explicaţi pacientului importanţa colectării sputei pentru prevenirea răspândirii infecţiei şi protecţiei mediului
- Înştiinţaţi pacientul să nu înghită sputa
b) FIZICĂ:
- Tapotaţi uşor toracele şi rugaţi pacientul sa tuşească pentru a se desprinde mai uşor secreţiile
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Identificaţi pacientul care tuşeşte şi expectorează
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţa
- Daţi pacientului scuipătoarea sau cutia Petri în care aţi pus soluţie dezinfectanta cu excepţia situaţiilor în care se urmăreşte recoltarea pentru examene de laborator
- Instruiţi pacientul să elimine sputa numai în colectorul primit şi să nu arunce pe jos, să nu scuipe în batistă, să acopere vasul de fiecare dată, să nu pună resturi de ţigară
- Schimbaţi scuipătoarea/ cutia Petri de cel puţin 2 ori pe zi sau de câte ori este nevoie
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Ajutaţi pacientul imobilizat să-şi clătească gura cu apă pentru a îndepărta senzaţia de greaţă şi oferiţi-i şervetele de hârtie pentru a se şterge
- Sfătuiţi pacientul să stea într-o poziţie care să faciliteze o mai bună respiraţie şi eliberarea căilor respiratorii
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi conţinutul scuipătorii după ce aţi observat aspectul, culoarea, cantitatea
- Respectaţi cu stricteţe precauţiunile universale pentru prevenirea transmiterii infecţiilor
- Asiguraţi-vă că după golire, colectoarele au fost spălate cu apă rece apoi cu apă caldă folosind o perie ţinută în soluţii dezinfectante
- Păstraţi scuipătorile în locuri izolate şi asiguraţi-vă că se sterilizează corect în vederea folosirii
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Cantitatea (măsurată cu paharul gradat) dacă este necesar
- Culoarea, forma şi compoziţia (roşie, roz, brună, spumoasă, purulentă)
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
REZULTATE DORITE
- Pacientul respectă recomandările făcute, nu sunt posibilităţi de răspândire a infecţiei
REZULTATE NEDORTTE / CE FACEŢI?
- Pacientul nu este colaborant, nu respectă recomandările făcute
    - Rezervaţi-vă mai mult timp pentru a sta de vorbă şi a educa pacientul
    - Solicitaţi ajutorul familiei pacientului dacă este necesar
- Există risc de infecţii nosocomiale
    - Aplicaţi toate precauţiunile universale
    - Informaţi medicul

FIŞA Nr. 2.9.4.
CAPTAREA VĂRSATURILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII
• Evitarea murdăririi lenjeriei
• Evitarea aspirării conţinutului gastric în căile respiratorii
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- 2 tăviţe renale curate, uscate
- Muşama
- Alezã
- Pahar cu apă
- Şerveţele de hârtie, prosop
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Încurajaţi pacientul să respire adânc pentru a reduce puţin senzaţia de vomă
- Asiguraţi pacientul că sunteţi lângă el
b) FIZICĂ:
- Ridicaţi pacientul în poziţie şezând dacă starea permite sau aşezaţi-l în decubit cu capul întors într-o parte cu un prosop sau o alezã sub cap
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Îndepărtaţi proteza dentară dacă există
- Susţineţi cu o mână fruntea pacientului iar cu cealaltă tăviţa renală sub bărbie sau lângă faţa pacientului în funcţie de poziţie
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Oferiţi pacientului un pahar cu apă să-şi clătească gura şi colectaţi într-o taviţă renală curată
- Ştergeţi gura pacientului cu un şerveţel sau oferiţi-i şerveţelul dacă starea permite
- Ajutaţi-l să se aşeze într-o poziţie comodă
- Supravegheaţi atent pacientul aşezat în decubit să nu-şi aspire conţinutul stomacal dacă vărsătura se repetă
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi tăviţa renală din salon
- Goliţi, spălaţi şi dezinfectaţi tăviţa (dacă nu este nevoie să păstraţi conţinutul)
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Data, ora
- Conţinutul (mucos, alimentar, bilios, fecaloid, sânge)
- Cantitatea, mirosul
- Simptome premergătoare
- Alte acuze ale bolnavului
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
REZULTATE AŞTEPTATE
- Pacientul exprimă stare de confort, fără senzaţie de vomă
REZULTATE NEDORITE / CE FACEM?
- Senzaţia de vomă se menţine, vărsătura se repetă
    - Sfătuiţi pacientul să respire adânc
    - Nu serviţi aceeaşi tăviţă care conţine voma deoarece simpla vedere declanşează reflexul de vomă
    - Anunţaţi medicul
- Vărsătura conţine sânge, resturi de medicamente sau alimente
    - Păstraţi vărsătura şi prezentaţi-o medicului
    - Recoltaţi o mostră din vărsăturile care conţin resturi de medicamente sau alimente ingerate (dacă este indicat)

CAPITOLUL III. ALIMENTAREA PACIENTULUI

FIŞA Nr. 3.1.
ALIMENTAREA ACTIVĂ ŞI PASIVĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
• Asigurarea necesităţilor calorice şi calitative în funcţie de vârsta şi starea organismului
• Favorizarea procesului de vindecare, consolidarea rezultatelor terapeutice şi prevenirea cronicizării unor îmbolnăviri
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Veselă şi tacâmuri
- Cană simplă
- Cană specială cu cioc sau în funcţie de starea pacientului, tub pentru administrarea lichidelor
- Tavă, cărucior pentru alimente
- Alimente conform regimului recomandat
- Şervetele de masă
- 2 prosoape (şervete) pentru protecţia lenjeriei de corp şi pat
PREGĂTIREA PACIENTULUI
CULEGEŢI DATE DESPRE:
- Afecţiune, regim, orarul meselor, repartizarea alimentelor pe mese
- Posibilităţile de mobilizare, dacă pacientul este imobilizat, dacă are indicaţie de repaus
- Posibilitatea de a-şi folosi membrele superioare şi nivelul de autonomie (se poate alimenta singur-activ, sau este alimentat de altă persoană- pasiv)
- Efectuarea unor examene care impun un anumit regim sau restricţii alimentare înainte sau după acestea
- Administrarea unor medicamente înainte, în timpul mesei sau după masă
- Preferinţele alimentare ale pacientului
a) PSIHICĂ:
- Stimulaţi autonomia
- Explicaţi pacientului importanţa alimentaţiei şi a respectării regimului pentru evoluţia favorabilă a bolii
b) FIZICĂ:
- Respectaţi recomandările cu privire la mobilizarea ei asiguraţi pacientul de ajutorul dumneavostră
- Ajutaţi pacientul să se spele pe mâini
- Aşezaţi pacientul într-o poziţie confortabilă în raport cu starea sa generală:
    • Şezând la masă în salon sau în pat
    • Semişezând pentru pacientul care se poate ridica puţin
    • În decubit lateral stâng dacă pacientul este dreptaci, cu capul uşor ridicat
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi dacă sunt îndeplinite condiţiile pentru servirea mesei: salonul este aerisit, au fost îndepărtate ploştile şi urinarele, nu se fac tratamente, nu se face curat în salon
- Identificaţi pacientul şi regimul alimentar recomandat
- Ajutaţi pacientul să-şi spele mâinile
- Pregătiţi alimentele pe o tavă acordând atenţie aspectului estetic
- Îmbrăcaţi un halat curat şi manuşi
a)Alimentarea activă
Servirea mesei la pat în poziţie şezând sau semişezând
- Aşezaţi pacientul în poziţie confortabilă
- Protejaţi lenjeria pacientului cu ajutorul unui prosop dacă este cazul
- Aşezaţi tava cu alimente în faţa pacientului sau adaptaţi o masuţă specială
- Ajutaţi pacientul să taie alimentele dacă este necesar

- Observaţi dacă pacientul consumă toate alimentele
Alimentarea activă la pat în poziţie de decubit lateral
- Aşezaţi pacientul în decubit lateral lăsând liber braţul dominant (de obicei drept)
- Ridicaţi uşor capul pacientului şi protejaţi patul pacientului cu un prosop curat
- Aşezaţi sub bărbia pacientului un prosop curat
- Puneţi tava cu alimente pe marginea patului, pe un taburet sau pe noptieră aşa încât pacientul să vadă ce mănâncă
- Taiaţi alimentele în bucăţi mici
- Ajutaţi pacientul să bea lichide prin sucţiune sau cu ajutorul unei căni speciale
b) Alimentaţia pasivă
- Aşezaţi pacientul în poziţie şezând (dacă are membrele superioare afectate) sau semişezând (dacă este imobilizat, adinamic, epuizat, în stare gravă)
- Protejaţi lenjeria de pat şi de corp folosind prosoape curate
- Plasaţi tava cu alimente pe noptieră, pe un taburet sau pe o măsuţă adaptabilă la pat
- Asezaţi-vă în partea dreaptă a pacientului (de regulă) pe un scaun, verificaţi temperatura alimentelor
- Ridicaţi cu o mână (stânga) capul bolnavului cu pernă şi administraţi supa cu lingura pe jumătate plină
- Asiguraţi-vă că pacientul a înghiţit înainte de a administra o nouă cantitate
- Rezervaţi-vă suficient timp pentru a putea face mici pauze dacă este nevoie
- Tăiaţi alimentele în bucăţi mici fără să le atingeţi cu mâna
- Încurajaţi pacientul să consume alimentele purtând o discuţie agreabilă
- Folosiţi linguriţa sau o pipetă dacă pacientul este în stare foarte gravă sau are tulburări de deglutiţie
- Observaţi permanent faciesul pacientului
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă dacă nu poate singur
- Refaceţi patul, îndepărtaţi eventualele firmituri sau schimbaţi lenjeria dacă este necesar
- Verificaţi dacă prezintă cumva senzaţie de greaţă
- Ajutaţi pacientul să-şi facă toaleta cavităţii bucale
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi vasele muradare şi resturile alimentare
- Aerisiţi încaperea
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi în dosarul de îngrijire cantitatea de alimente şi lichide ingerate
- Modificările de apetit: dispariţia, diminuarea, exagerarea, refuzul alimentelor, nu-i place mâncarea, respectă restricţiile religioase, refuză anumite alimente
- Prezintă sete exagerată
- Acuză senzaţie de greaţă, de rău în timpul mesei sau după masă
- Acuză senzaţia de plenitudine
- Refuză regimul recomandat, consumă alimente nepermise
- Recomandări speciale care trebuie comunicate turei următoare: mese mici şi dese, în timpul nopţii, restricţie alimentare pentru examinările din zilele următoare
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacientul consumă întreaga cantitate de alimente şi se hidratează corespunzător
- Exprimă stare de confort
- Respectă regimul alimentar, o parte din simptome au dispărut
Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Pacientul nu consuma întreaga cantitate de alimente
    - Cercetaţi cauzele: apetit diminuat, condiţii necorespunzătoare de servire a mesei, nu-i plac alimentele, consumă alimente aduse de aparţinători, îşi respecta religia

- Pacientul refuză anumite alimente, acuză greaţă
      - Se consemnează observaţiile şi se anunţă medicul

FIŞA Nr. 3.2.
ALIMENTAREA PRIN GASTROSTOMĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Punerea în repaus a esofagului obstruat sau lezat de ingestia accidentală sau voluntară de substanţe caustice.
- Asigurarea aportului hidric şi nutriţional înaintea intervenţiei pentru esofagoplastie
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- O pâlnie din plastic
- Recipientul cu lichid alimentar (supă, ceai)
- Regimul de stenoză esofagiană: alimente solide tocate mărunt şi pasate
- Bagheta pentru propulsarea alimentelor pe sondă
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Oferiţi pacientului informaţii clare, accesibile despre modul de alimentare pe stoma pentru a-i reduce teama şi a obţine colaborarea sa
- Încurajaţi pacientul să se alimenteze singur pentru a-şi recăpăta autonomia
b) FIZICĂ:
- Asezaţi pacientul în poziţie şezând, pe marginea patului sau pe un scaun cu spătar, astfel încât sonda să fie menţinută în poziţie verticală, paralelă cu toracele
EFECTUAREA PROCEDURII:
• Explicaţi pacientului care se alimentează singur:
- să-şi spele mâinile
- să îndepărteze dopul de la sondă
- să adapteze pâlnia la capătul sondei menţinând-o în poziţie verticală
- să introducă pe rând felurile de mâncare din regimul de stenoză, astfel:
      - lichidul să-l toarne încet pe pâlnie, nu mai mult de 100 ml o dată pentru a nu destinde brusc stomacul
      - alimentul solid pasat să-l verse în pâlnie şi să-l împingă pe sondă cu ajutorul baghetei de plastic sau lemn
      - să adauge din când în când lichid alimentar, pentru a uşura înaintarea alimentului pasat
      - să nu introducă la o "masă" mai mult de 400 g de alimente pasate datorită tulburărilor de digestie şi de absorbţie existente
      - să termine totdeauna "masa" cu lichid pentru a spăla lumenul sondei
      - să astupe capătul sondei cu dopul de plastic sau cauciuc
      - să fixeze sonda în poziţie verticală, paralelă cu toracele
      - să evite poziţia de decubit dorsal după masă întrucât favorizează "regurgitarea" conţinutului pe sondă
      - să-şi spele mâinile după masă
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Observaţi tegumentul din jurul stomei
- Protejaţi pielea cu un unguent cu zinc şi refaceţi pansamentul din jurul stomei în cazul regurgitării sucului gastric.
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacientul este compliant şi respectă indicaţiile oferite.
- Toleranţa digestivă este bună.
- Cantitatea de alimente este adaptată posibilităţilor de digestie şi de absorbţie ale stomacului.
Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Pacientul nu este compliant.

- Pacientul manifestă atitudini de respingere a imaginii corporale modificate.
- Incurajţi pacientul să-şi accepte imaginea
- Toleranţa digestivă este scăzută.
- Capacitatea de digestie şi de absorbţie a stomacului este redusă iar pacientul prezintă semne de denutriţie.
- Informaţi medicul pentru a stabili conduita terapeutică

FIŞA Nr. 3.3.
ALIMENTAREA PACIENTULUI PRIN SONDA NAZO-GASTRICĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
• Introducerea alimentelor în stomac folosind sonda nazo-gastrică la:
- Pacienţii inconştienţi,
- Pacienţii cu tulburări de deglutiţie,
- Pacienţii cu negativism alimentar, cu intoleranţă sau hemoragii digestive,
- Pacienţii operaţi pe tubul digestiv şi organele anexe,
- Pacienţii cu stricturi esofagiene şi ale cardiei, care împiedica pătrunderea bolului alimentar din cavitatea bucală în stomac
PREGĂTIREA MATERIALELOR
Pe o taviţă medicală se vor pregăti:
- Sonda gastrică, sonda duodenală Einhorn, sonde intestinale din cauciuc sau sonde din polietilen
- Pâlnie, tub de cauciuc, prestub
- Soluţie de cocaină 2%
- Glicerină sau ulei de vaselină pentru lubrefiere
- Leucoplast
- Seringi
- Aparat de perfuzie a alimentelor
- Tavâ medicală, muşama
- Mănuşi de unică folosinţă
- Raţia de lichide alimentare
- Amestecuri alimentare: ouă crude, lapte, zahăr, cacao, sare, vitamine, unt, smântână
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Spălaţi mâinile şi îmbracaţi mănuşi
- Introduceţi sonda gastrică, verificaţi poziţia acesteia şi fixaţi extremitatea liberă a sondei cu leucoplast de faţa şi urechea pacientului (vezi tubajul nazo-gastric)
- Controlaţi conţinutul gastric şi la nevoie aspiraţi staza
- Folosiţi amestecurile preparate pentru alimentarea pe sondă, lipsite de grunji sau alte conglomerate, care ar putea astupa sonda (vor fi strecurate prin tifon împăturit în 8 straturi)
- Pregătiţi aparatul de perfuzie, umpleţi rezervorul picuratorului, eliminaţi aerul din tubul de legătură şi racordaţi perfuzorul la sondă
- Introduceţi raţia zilnica în 4-6 doze, foarte încet, cu aparatul de perfuzie ataşat la extremitatea liberă a sondei
- Încălziţi lichidul alimentar la temperatura corpului
- Verificaţi viteza de scurgere a picuratorului; nu se va administra mai mult de 200-250 ml într-o oră
- Administraţi pe sondă 200-300 de ml de apă pentru spălarea perfuzorului şi a sondei, apoi insuflaţi puţin aer, pentru a o goli complet şi închideţi extremitatea liberă cu o clamă Hoffmann sau o pensa Pean, împiedicând picurarea rămăşiţelor de lichid din sondă în faringe şi laringe, acestea putând fi aspirate de bolnavul inconştient, lipsit de reflexul tusei.
- Asiguraţi-vă că pacientul primeşte raţia adecvată, cantitativ şi calitativ şi i se asigură necesarul de lichide
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Aşezaţi pacientul într-o poziţie comodă şi includeţi sonda între două administrări
- Urmăriţi pacientul pentru a sesiza apariţia greţurilor, vărsăturilor, balonării, crampelor, diareei
- Îndepărtaţi sonda când se termină indicaţia de alimentare artificială, respectând paşii de la tubajul nazo-gastric sau la intervale stabilite de medic (2-3 zile - sondele de cauciuc, 4-7 zile - sondele de polietilen)
- Lasaţi un interval liber de 6-8 ore pe timpul nopţii până la montarea unei noi sonde, pentru refacerea circulaţiei la nivelul mucoasei şi, dacă nu există o contraindicaţie, schimbaţi nara
- Mobilizaţi sonda rămasă pe loc pentru a evita lezarea mucoasei
- Verificaţi dacă senzaţia de foame a dispărut sau a diminuat

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtaţi mănuşile şi materialele folosite în containere speciale;
- Spălaţi-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:

- Procedura şi numele celui care a efectuat-o
- Data, ora, cantitatea şi felul alimentelor administrate
- Reacţii adverse, intoleranţă (greaţă, vomă)

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:

- Pacientul a tolerat bine administrarea alimentelor pe sonda gastrică
- Pacientul este satisfăcut

Rezultate nedorite / Ce faceţi:

Pacientul prezintă greaţă, vărsături

- Consultaţi medicul
- Poate fi o intoleranţă sau o reacţie la unele alimente

Pacientul prezintă leziuni la nivelul mucoasei nazale şi uscăciunea mucoasei bucale

- Asiguraţi o bună igienă a cavităţii bucale ,
- Mobilzaţi sonda
- Schimbaţi nara după asigurarea unui repaus între îndepărtarea şi repunerea sondei

Pacientul prezintă tuse şi semne de sufocare

- Ati greşit procedura şi alimentele au ajuns în căile aeriene
- Retrageţi sonda şi o reintroduceţi pe cale esofagiană
- Anunţaţi medicul pentru a stabili măsuri de prevenire a bronhopneumoniei de aspiraţie
- Acordaţi o atenţie deosebită pacientului inconştient

RECOMANDĂRI

- Sondele de cauciuc pot fi lăsate pe loc 2-3 zile, menţinerea lor peste acest termen poate cauza leziuni ale mucoasei nazale
- Sondele de polietilen pot fi menţinute şi tolerate mai mult, până la 4-7 zile.
- Este recomandabil ca sonda să fie mobilizată de mai multe ori în cursul zilei, favorizând prin aceasta circulaţia sanguină normală la nivelul suprafeţelor apăsate de ea;
- La 3-5 zile, sonda trebuie îndepărtată pentru 6-8 ore (repausul de noapte), după care se va putea reintroduce, însă prin nara de parte opusă.
- Este important ca alături de aportul caloric şi vitaminic, pacientul să primească şi raţia corespunzătoare de lichide pentru acoperirea necesităţilor hidrice care trebuie calculate exact.

CAPITOLUL IV. CONTROLUL INFECŢIILOR NOSOCOMIALE

FIŞA Nr. 4.1.

SPĂLATUL M¬INILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII
Prevenirea şi controlul extinderii infecţiilor
- de la pacient la personal
- de pe mâinile personalului la pacient în timpul unor acte de îngrijire sau medicale invazive
- de la un pacient la altul
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Apă caldă
- Săpun obişnuit, săpun lichid sau săpun antimicrobian
- Săpunuri antimicrobiene care conţin gluconat de clorhexidină, alcool şi iodoform; acestea însă pot irita pielea
- Prosop, eventual de unică folosinţă
- Perie pentru unghii
- Un beţişor de plastic pentru cuticule - Soluţii alcoolice - folosite în următoarele circumstanţe: focare de infecţie în evoluţie, endemie, circulaţia intensă a unor germeni rezistenţi la condiţiile de mediu
- Săpunul antimicrobian este folosit înainte de executarea unei proceduri invazive (ex. inserţia şi îngrijirea cateterului)
- Săpunul antimicrobian este folosit când nursele trebuie să reducă numărul total de microorganisme, ex. atunci când sunt în contact cu nou născuţii, copiii sau clienţii mai în vârstă, cu imunitate scăzută sau clienţii care au în pericol sistemul tegumentar (plăgi sau arsuri)
- O alternativă a spălării mâinilor sunt soluţiile alcoolice
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Spălaţi mâinile în următoarele situaţii
• Când se începe serviciul
• Când murdăria este vizibilă
• Înainte şi după contactul cu clientul
• După contactul cu o sursă de microorganisme (sânge, secreţii, excreţii), membrane mucoase, pielea neintactă sau obiecte care pot fi contaminate (echipamente, instrumente)
• În timpul îngrijirilor între proceduri aplicate aceluiaş client dacă situaţia o cere
• Înainte de executarea procedurilor invazive aşa ca plasarea i.v. a unui cateter
• Înainte de pregătirea şi după administrarea medicamentelor
• Înainte de prepararea sau servirea alimentelor
• Înainte şi după suflarea nasului şi folosirea toaletei
• Înainte şi după îndepărtarea mănuşilor (îmbrăcarea mănuşilor nu îndepărtează necesitatea spălării mâinilor)
• După terminarea serviciului
Procedaţi astfel:
- Staţi în faţa chiuvetei. Nu lăsaţi uniforma să atingă chiuveta în timp ce vă spălaţi.
- Înlăturaţi bijuteriile, dacă este posibil şi asiguraţi-vă că le lăsaţi într-un loc sigur sau lăsaţi doar verigheta la locul ei. Este de dorit să nu purtaţi bijuterii în timpul serviciului
- Înlăturaţi ceasul de la mână
- Porniţi apa şi ajustaţi debitul ei, reglaţi temperatura până este calduţă
- Udaţi mâinile şi zona încheieturii mâinilor. Tineţi mâinile mai jos de cot pentru a permite apei să curgă spre vârful degetelor.
- Folosiţi aproximativ o linguriţă de săpun lichid (3-5ml) din rezervorul special sau folosiţi săpun şi săpuniţi bine, acoperind toate părţile mâinilor cu săpun.
- Limpeziţi săpunul iar şi întoarceţi-vă la recipientul cu săpun.
- Spălaţi palmele şi spatele mâinilor, fiecare deget, zona dintru degete, încheietura mâinii şi antebraţul cu mişcări ferme şi circulare.
- Spălaţi cu câţiva cm peste zona contaminată. Dacă mâinile nu sunt vizibil murdărite, spălaţi până la câţiva cm deasupra încheieturii mâinii.

- Continuaţi această mişcare de frecare 10-15 secunde
- Utilizaţi unghiile celeialte mâini sau un baţ special pentru a curăţa sub unghii
- Limpeziţi bine.
- Uscaţi mâniile cu un prosop de hârtie începând cu degetele şi mişcând în sus spre antebraţ, şi aruncaţi-l imediat, sau folosiţi un aparat cu aer cald.
- Opriţi robinetul folosind un alt prosop curat
- Folosiţi loţiune de mâini dacă doriţi
- Folosiţi antiseptic după spălare dacă îmbrăcaţi mănuşi sterile pentru ca microorganismele să nu se dezvolte sub acestea.
- Procedaţi la fel după îndepărtarea mănuşilor precum şi în cazul în care mănuşile se rup sau se înţeapă.

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:
- Nu s-a dezvoltat nici o infecţie
- După efectuarea procedurilor de către nursă, pacientul/clientul este în siguranţa, la fel şi nursa

Rezultate nedorite / Ce faceţi
- Uscăciunea pielii, crăpături, fisuri şi iritaţii; acestea sunt cele mai comune dupa utilizarea
repetată a antisepticului, în special la persoane cu pielea sensibilă
  - aplicaţi o cremă emolientă pe mâini după fiecare spălare sau contact cu agenţi de curăţare
  - consultaţi specialistul în caz de dermatită

FIŞA Nr. 4.2.

ÎMBRĂCAREA ŞI DEZBRĂCAREA MĂNUŞILOR

A. ÎMBRĂCAREA MĂNUŞILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Furnizarea unei bariere adiţionale împotriva extinderii unei infecţii

EFECTUAREA PROCEDURII
- Pregătiţi mănuşi sterile.
- Spălaţi şi uscaţi cu grijă mâinile.
- Poziţionaţi pachetul cu manuşi sterile pe o suprafaţă curată, uscată deasupra taliei dumneavoastră.
- Deschideţi ambalajul de sus prin luarea cu grija a stratului de sus. Înlăturaţi pachetul dinăuntru, atingând doar exteriorul.
- Deschideţi cu grijă pachetul interior şi expuneţi mănuşile sterile cât mai aproape de dumneavoastră.
- Cu degetul mare şi cel arătător prindeţi cu mâna nedominantă mănuşa pentru mâna dominantă.
- Ridicaţi şi ţineţi mănuşa cu degetele în jos. Aveţi grijă să nu atingă obiecte nesterile.
- Introduceţi cu grijă mănuşa pe mâna dominantă şi puneţi-o bine. Lăsaţi manşeta în jos până puneţi şi cealaltă mănuşă.
- Puneţi degetele mâinii cu mănuşă sub manşeta celeilalte mănuşi ţinând policele în afară şi trageţi de mănuşă în sus.
- Introduceţi cu grijă mâna nedominantă în mănuşă.
- Asezaţi/ajustaţi mănuşile pe ambele mâini atingând doar părţile sterile.

B. DEZBRĂCAREA MĂNUŞILOR

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Îndepărtarea mănuşilor folosite pentru executarea proceduri de îngrijire sau medicale în vederea prevenirii extinderii infecţiei

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Prindeţi cu mâna dominantă manşeta mănuşii de pe cealaltă mână şi dezbrăcaţi ţinând zona contaminată spre interior

- Continuaţi să ţineţi mănuşa
- Introduceţi degetele mâinii dezbrăcate (nedominantă) în interiorul mănuşii rămase
- Prindeţi mănuşa din interior şi înlăturaţi-o întorcând-o peste mână şi peste cealaltă mănuşă
- Aruncaţi mănuşile în container

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectaţi mănuşile folosite în containerul special respectând precauţiile universale

FIŞA Nr. 4.3.

CONTROLUL PARAZITOLOGIC ŞI DEPARAZITAREA

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Îndepărtarea şi distrugerea paraziţilor care pot transmite îmbolnăviri
- Evitarea leziunilor de grataj şi păstrarea integrităţi tegumentelor

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Paravan
- Piepten foarte des
- Soluţie insecticidă
- Mănuşi de unică folosinţă
- Bonetă din material plastic
- O bucată de pânză

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Anunţaţi cu tact pacientul că veti face controlul parazitologic
- Explicaţi necesitatea acestui control

b) FIZICĂ:

- Examinaţi părul pacientului pentru a depista ouăle şi paraziţii adulţi
- Dezbrăcaţi pacientul de hainele proprii şi controlaţi cusăturile
- Examinaţi celelalte zone piloase ale pacientului

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Asiguraţi intimitatea cu ajutorul unui paravan
- Aşezaţi pacientul într-o poziţie adecvata stării sale
- Asiguraţi o sursă de lumină
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşi
- Acoperiţi capul şi daca este cazul despletiţi părul
- Împărţiţi părul în suviţe şi aplicaţi insecticidul
- Acoperiţi părul cu boneta de material plastic şi apoi cu o bucată de pânză sau basma şi menţineţi cel puţin 24 de ore după care ajutaţi pacientul să-şi spele capul
- Scurtaţi părul numai cu acordul pacientului
- Se examinează celelalte părţi păroase
- Verificaţi cu atenţie hainele şi trimiteţi-le la etuvare

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Plasaţi pacientul într-o cameră izolată
- Verificaţi efectu insecticidului prin controlul părului pentru a observa persistenţa sau îndepărtarea lindinelor
- Pieptănaţi deasupra unei bucăţi de pânză albă

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtaţi paravanul şi materialele folosite
- Aşezaţi soluţiile rămase la locul de păstrare
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi în planul de îngrijiri:

- Constatările făcute cu ocazia inspecţiei

- Existenţa şi tipul paraziţilor
- Data şi ora efectuării
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate
- La controlul efectuat nu se observă paraziţi
- Pacientul exprimă stare de confort
- Nu prezintă leziuni de grataj
Rezultate nedorite/Ce faceţi?
- La controlul efectuat se observă paraziţi vii sau ouă (lindini):
      - Repetaţi procedura de deparazitare
      - Folosiţi un amestec din otet cu acid boric pentru a dizolva prin care ouăle se prind de firul de păr

CAPITOLUL V. MĂSURAREA ŞI ÎNREGISTRAREA FUNCŢIILOR VITALE

FIŞA Nr. 5.1.
MĂSURAREA TEMPERATURII CORPULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Determinarea nivelului curent a căldurii corpului;
- Aprecierea evoluţiei unor boli;
- Detectarea răspunsului pacientului la măsurile iniţiate de creşterea sau de scăderea temperaturii corpului;
- Evaluarea refacerii pacientului după boală
PREGĂTIREA MATERIALELOR
În funcţie de calea aleasă pentru măsurare, pregătiţi pe o tavă medicală:
- Termometru din sticlă, oral sau rectal;
- Termometru usual pentru axilă.
- Lubrifiant dacă se foloseşte calea rectală;
- Mănuşi de unică folosinţă (opţional), comprese de tifon;
- Ceas de mână;
- Culoare albastră (creion, pix, cariocă);
- Foaie de temperatură (f.t.)
- Caiet de adnotări personale;
- Recipient cu soluţie de cloramină 1%
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Explicaţi procedura pacientului pentru a oţine colaborarea sa;
b) FIZICĂ:
- Aşezaţi pacientul în poziţia cea mai adecvată căii utilizate pentru măsurarea temperaturii corporale:
      - Decubit dorsal - pentru măsurarea în cavitatea bucală şi axilară;
      - Decubit lateral - pentru măsurarea în cavitatea rectală
EFECTUAREA PROCEDURII:
1. METODA ORALĂ
- Spălaţi-vă mâinile
- Clătiţi termometrul cu apă rece dacă a fost păstrat în soluţie dezinfectantă;
- Ştergeţi termometrul cu o compresă de tifon pentru a îndepărta urmele soluţiei chimice;
- Prindeţi strâns termometrul cu degetul mare şi celelalte degete;
- Scuturaţi-l printr-o mişcare puternică din articulaţia mâinii până la coborârea mercurului sub 36∞C (sau 95∞Fahrenheit);
- Plasaţi bulbul cu mercur al termometru lui pe dreapta sau stânga a cavităţii sublinguale;
- Instruiţi pacientul să închidă gura, apropiind buzele în jurul termometrului;

- Menţineţi termometrul sub limbă timp de 3 min;
- Îndepărtaţi termometrul şi ştergeţi-l cu tifon;
- Citiţi gradaţia de pe scala termometrului;
- Înregistraţi temperatura în carnetul personal notând numele, data înregistrării, valoarea (ex. Td= 36,5∞C);
- Spălaţi termometrul cu apă călduţă şi detergent şi clătiţi cu apă rece;
- Uscaţi termometrul şi plasaţi-l fie în ambalajul său din plastic, fie în recipientul special pentru termometre;
- Spălaţi-vă mâinile;

2. METODA AXILARĂ

- Spălaţi-vă mâinile;
- Asiguraţi intimitatea pacientului şi descoperiţi axila;
- Spălaţi şi ştergeţi termometrul dacă a fost ţinut în soluţie dezinfectantă:
- Scuturaţi termometrul pentru a cobori mercurul în rezervor, dacă este cazul;
- Plasaţi bulbul termometrului în centrul axilei, paralel cu toracele;
- Apropiaţi braţul pacientului de trunchi şi flectaţi antebraţul pe torace;
- Menţineţi termometrul în axilă 10 minute;
- Îndepărtaţi termometrul şi citiţi gradaţia;
- Înregistraţi valoarea termică în carnetul personal, notând: numele pacientului, data înregistrării, temperatura ca în exemplul următor

Data	Ora	T∞	Nume
10X	18∞∞	373∞C	Ion Mihail

- Spălaţi, clătiţi şi ştergeţi termometrul după folosire;
- Introduceţi termometrul în ambalajul său sau în recipientul special;
- Spălaţi-vă mâinile.

3. METODA RECTALĂ

- Spălaţi-vă mâinile;
- Ştergeţi, scuturaţi şi citiţi gradaţia termometrului;
- Puneţi-vă mănuşi de unică folosinţă dacă doriţi;
- Lubrifiaţi bulbul termometrului şi zona din apropiere pe o distantă de ~ 2,5 cm.;
- Asiguraţi intimitatea pacientului;
- Aşezaţi pacientul în decubit lateral şi descoperiţi regiunea fesieră;
- Îndepărtaţi fesele pentru vizualizarea orificiului anal;
- Introduceţi termometrul prin anus cca. 3,8 cm la adult, 2,5 cm la copil şi 1,25 cm la sugar;
- Menţineţi termometrul pe loc 3 până la 5 minute;
- Îndepărtaţi termometrul şi ştergeţi-l cu o compresă de tifon;
- Ştergeţi orice urmă de lubrifiant sau de materii fecale din jurul anusului;
- Citiţi gradaţia termometrului;
- Spălaţi termometrul în apă călduţă cu detergent şi clătiţi cu apă rece:
- Uscaţi-l şi aşezaţi-l în ambalajul său din plastic sau în recipientul special pentru termometre rectale:
- Spălaţi-vă mainile;
- Înregistraţi temperatura în carnetul personal, notând: numele pacientului şi data înregistrării;
- Anuntaţi orice modificări anormale.

REPREZENTAREA GRAFICĂ A TEMPERATURII

- Socotiţi pentru fiecare linie orizontală din foaia de temperatură câte 2 diviziuni de grad;
- Notaţi grafic valoarea înregistrată, printr-un punct de culoare albastră aşezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru dimineaţa (d) sau seara (s) pentru cifrele cu soţ (pare); exemplu: 36,2; 37,4; 38,6; etc.
- Notaţi grafic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare albastră aşezat în mijlocul pătratului din rubrica corespunzătoare (d sau s) dacă cifrele sunt fără soţ (impare), exemplu: 36,1: 36,5; 37,3; etc;
- Uniţi primul punct cu rubrica pentru temperatura aflată în partea dreaptă a sistemului de coordonate din foaia de temperatură;

- Obţineţi curba termică prin unirea punctelor care indică valorile temperaturii măsurate bicotidian pe parcursul zilelor de supraveghere şi îngrijire.

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:

- Temperatura înregistrată este congruentă cu starea de sănătate a pacientului;
- Tegumentele sunt intacte, fără iritaţii sau transpiraţii

Rezultate nedorite

- Pacientul prezintă discomfort, frisoane, tegumentul este congestionat, iritat, transpirat sau palid, rece;
- Temperatura înregistrată impune aplicarea unor măsuri adecvate.

MODIFICĂRI ÎN SITUAŢIILE SELECTATE

- Informaţi pacientul că termometrul este un instrument indispensabil pentru aprecierea stării generale, la domiciliu;
- Explicaţi pacientului/familiei să spele termometrul cu apă călduţă şi să-l introducă, uscat şi scuturat, în containerul protective între utilizări;
- Oferiţi pacientului un tabel cu valori termice orientative în funcţie de calea folosită pentru măsurare; ca în exemplu de mai jos:

Calea de masurare:	Scala Celsus	Scala Fahrenheit
Orala	37∫C ± 0,3-0,6	98,6∫F± 0,5-1,0
Rectala	37,5∫C ± 0,3-0,6	99,6∫F ± 0,5-1,0
Axilara	36,5∫C ± 0,3-0,6	97,6∫F± 0,5-1,0

FIŞA Nr. 5.2.

MĂSURAREA RESPIRAŢIEI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea ratei respiratorii la internare pentru a servi ca bază de comparare cu măsurătorile ulterioare;
- Monitorizarea efectelor bolii, traumatismului sau stressului asupra sistemului respirator;
- Evaluarea răspunsului pacientului la medicaţia sau tratamentele care afectează sistemul respirator

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiţi pe o tavă medicală:

- Ceas cu secundar, de mână sau cronometru;
- Culoare albastră (creion, pix sau carioca);
- Foaie de temperatură (F.T.);
- Carnet de adnotări personale.

PREGĂTIREA PACIENTULUI

- Evitaţi pregătirea psihică a pacientului întrucât acesta îşi poate modifica ritmul obişnuit în momentul în care conştientizează propria respiraţie;
- Măsuraţi respiraţia concomitent cu celelalte semne vitale dacă apar schimbări în starea pacientului, dacă pacientul are o afecţiune cardio-pulmonară sau primeşte oxigen ori medicamente ce afectează fiziologia respiraţiei.

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Observaţi mişcările de ridicare sau de coborâre ale toracelui cu fiecare inspiraţie sau expiraţie;
- Menţineţi, în continuare, degetele pe locul de măsurare a pulsului în timp ce observaţi toracele pacientului;
- Număraţi mişcările de ridicare a toracelui (inspiraţiile) timp de minimum 30 de secunde şi înmulţiţi cu 2 numărul obţinut pentru a afla rata pe minut;
- Număraţi timp de 1 minut inspiraţiile dacă respiraţia este neregulată;
- Înregistraţi rata respiratorie în carnetul personal notând: numele pacientului, data înregistrării, rata respiratorie;

REPREZENTAREA GRAFICĂ A TEMPERATURII

- Socotiţi câte o respiraţie pentru fiecare linie orizontala din F.T.

- Notaţi grafic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare albastră aşezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru dimineaţă (D) sau seară (S);
- Uniţi primul punct, printr-o linie cu săgeată, de rubrica respiraţiei aflată în partea dreaptă a sistemului de coordonate din F.T.:
- Obţineţi curba respiraţiei prin unirea punctului iniţial cu celelalte valori ale măsurătorilor efectuate ulterior.

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

REZULTATE AŞTEPTATE / DORITE:
- Rata respiraţiei, în repaus, este în limitele normale caracteristice vârstei;
- Respiraţia se face pe nas, este liniştită, fără zgomote, fără efort;
- Tegumentele şi mucoasele sunt normal colorate, pacientul este conştient, orientat în timp şi spaţiu

REZULTATE NEDORITE
- Rata respiratorie este mai mică sau mai mare faţă de valorile normale caracteristice vârstei;
- Pacientul trece printr-o detresă respiratorie manifestată prin: zgomote respiratorii anormale, efort respirator, utilizarea muşchilor respiratorii accesorii, ortopnee, piele palidă sau cianotică, pierdere de cunoştinţă;
- Pacientul poate avea una sau mai multe din următoarele probleme de dependenţa:
- Intoleranţă în activitate;
- Anxietate;
- Alterarea confortului;
- Clearance ineficient al căilor respiratorii;
- Posibilă insuficienţă respiratorie;
- Alterarea schimburilor gazoase.

MODIFICĂRI ÎN SITUAŢIILE SELECTATE
- Prevedeţi 5-10 minute de repaus înainte de numărarea respiraţiilor dacă a apărut o activitate recentă ce poate altera rata respiratorie a pacientului;
- Descoperiţi toracele pacientului dacă respiraţia este superficială pentru a obţine cea mai corectă rată respiratorie;
- Evitaţi măsurarea respiraţiei la sugar sau copil în timpul plânsului;
- Aplicaţi podul palmei pe toracele copilului atunci când doarme pentru a număra exact mişcările respiratorii

EDUCAREA PACIENTULUI
- Învăţaţi procedura de măsurare şi înregistrare a ratei respiratorii de către membrii familiei ca şi acordarea de îngrijiri atunci când este nevoie;
- Ajutaţi pacientul să se îngrijească la domiciliu în funcţie de caracteristicile respiraţiei şi de statusul respirator;
- Explicaţi părinţilor / aparţinătorilor că trebuie să se prezinte cu copiii la medic dacă apar dificultăţi în inspiraţie sau respiraţie superficială;
- Sfătuiţi pacienţii să umidifice, să încălzească sau să răcească aerul din spaţiul ambiental pentru a reduce incidenţa infecţiilor respiratorii;
- Sfătuiţi / instruiţi pacienţii să respecte indicaţiile medicului legate de administrarea medicamentelor; de dietă şi evitarea factorilor de risc în scopul ameliorării sau dispariţiei problemelor respiratorii;
- Informaţi pacientul / familia despre valorile normale caracteristice vârstei (ex. în tabelul de mai jos):

Vârsta	Rata medie/minut
Nou-nascut	30-80
Copil mic	20-40
Copil mare	15-25
Adult	14-20
Bărbat	14-18
Femeie	16-20

FIŞA Nr. 5.3.

MĂSURAREA PULSULUI

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Determinarea numărului de bătăi cardiace pe minut;
- Obţinerea de informaţii despre activitatea inimii şi starea arterelor;
- Aprecierea răspunsului inimii la medicaţia cardiacă, activitate sau stress.

PREGĂTIREA MATERIALELOR
Pregătiţi pe o tavă medicală:
- Ceas de mână cu secundar sau cronometru
- Culoare roşie (creion, pix sau cariocă)
- Carnet de adnotări personale

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Explicaţi pacientului procedura pentru a reduce emoţiile, teama şi a obţine colaborarea;
- Asiguraţi un repaus psihic de cel puţin 5 minute înainte de măsurare;

b) FIZICĂ:
- Asiguraţi un repaus fizic de cel puţin 5 minute înainte de măsurare;
- Aşezaţi pacientul în poziţie confortabilă în funcţie de starea generală:
  - decubit dorsal cu membrul superior întins pe lângă corp, articulaţia mâinii în extensie, mâna în supinaţie (palma orientată în sus);
  - poziţie semişezândă (în pat sau în fotoliu) antebraţul în unghi drept sprijinit pe suprafaţa patului, mâna în supinaţie şi extensie

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Spălaţi-vă mâinile;
- Reperaţi artera radială la extremitatea distală a antebraţului, pe faţa anterioară (internă), în şanţul radial aflat în prelungirea policelui;
- Plasaţi degetele index, mediu şi inelar (2,3,4) deasupra arterei radiale reperate;
- Exercitaţi o presiune uşoară asupra arterei pe osul radius, astfel încât să percepeţi sub degete pulsaţiile sângelui;
- Fixaţi-vă un punct de reper pe cadranul ceasului de mână;
- Număraţi timp de 1 minut pulsaţiile percepute cu degete, sau 30 secunde şi înmulţiţi cu doi numărul pentru a obţine rata pulsului pe minut;
- Apreciaţi ritmul, amplitudinea şi elasticitatea peretelui arterial în timp ce măsuraţi frecvenţa;
- Înregistraţi frecvenţa pulsului în carnetul personal notând: numele pacientului, salonul, data înregistrării, rata;
- Spălaţi-vă mâinile.

REPREZENTAREA GRAFICĂ A PULSULUI ÎN F.T.
- Socotiţi pentru fiecare linie orizontală a foii de temperatura câte 4 pulsaţii;
- Notaţi graphic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare roşie, aşezat direct pe linia orizontală din rubrica corespunzătoare pentru D (dimineaţa) sau S (seara); pentru valorile care cresc din 4 în 4 (ex. 64, 68, 76, 80);
- Notaţi graphic valoarea înregistrată printr-un punct de culoare roşie aşezat în mijlocul pătratului din rubrica corespunzătoare (D sau S) pentru valorile care cresc din 2 în 2 (ex.: 62, 66, 70);
- Uniţi primul punct printr-o linie cu săgeată de rubrica pulsului aflată în partea dreapta a sistemului de coordonate din F.T.;
- Obţineţi curba pulsului prin unirea punctelor care indică valorile ratei cardiace măsurate bicotidian, pe parcursul zilelor de supraveghere şi îngrijire.

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
REZULTATE AŞTEPTATE/DORITE:
- Pulsul este bine bătut, regulat, iar frecvenţa se înscrie în limitele normale corespunzătoare vârstei;
- Tegumentele şi mucoasele sunt normal colorate;
- Pacientul este liniştit.

REZULTATE NEDORITE

- Rata pulsului este mai mare sau sub normalul caracteristic vârstei;
- Pulsul radial nu este perceptibil;
- Pulsul este aritmic;
- Amplitudinea este mică sau crescută;
- Pacientul este palid, anxios, acuză palpitaţii, extrasistole;
- Pacientul are una sau mai multe dintre problemele de dependenţă următoare:
    - intoleranţă la activitate;
    - alterarea confortului;
    - deficit de volum lichidian:
    - exces de volum lichidian;
    - alterarea perfuziei tisulare

MODIFICĂRI ÎN SITUAŢIILE SELECTATE

Căutaţi alte artere accesibile dacă pulsul radial nu este palpabil şi măsuraţi pulsul la:

- artera temporală - la un lat de deget deasupra şi lateral de stânca temporalului, în dreptul pavilionului auricular;
- artera carotidă externă (dreaptă sau stângă): - pe faţa anterioară a gatului, în şanţul delimitat de laringe (anterior) şi muşchiul sternocleidomastoidian (lateral);
- artera pedioasa - pe lata dorsala a piciorului, în dreptul primului sant intermetatarsian;
- artera femurală - în regiunea inghinală, la nivelul triunghiului lui Scarpa
- apex (vârful inimii) - pulsul apicul - în spaţiul 5 inlercostal (i.c.) pe linia medioclaviculară stângă;

- Evitaţi măsurarea pulsului radial la copiii sub 2 ani întrucât rata crescută şi aria mică de palpare pot determina valori eronate/inexacte;
- Obţineţi rata pulsului radial la copiii peste 2 ani atunci când sunt liniştiţi sau dorm, întrucât este dificil să obţii colaborarea copilului de a rămâne cu mâna nemişcată;
- Număraţi rata pulsului timp de 1 minut, la copil, pentru o acurateţe maximă.

EDUCAREA PACIENTULUI

- Învăţaţi pacientul să-şi măsoare singur pulsul periferic la arterele carotidă sau temporală întrucât sunt mai accesibile pentru autopalparea la domiciliu;
- Instruiţi pacientul să exercite o presiune uşoară folosind 3 degete pentru palpare;
- Informaţi pacientul/familia care sunt valorile normale ale pulsului, caracteristice vârstei;
- Instruiţi pacientul/familia să ia legătura cu medicul curant ori de câte ori valorile ratei pulsului sunt deviate de la normal şi starea generală a pacientului se modifică.
- Oferiţi, eventual, un tabel cu valori orientative ca în exemplul de mai jos:

Vârsta	Rata aproximativă	Rata medie
Nou-nascut	120-160	140
1- 2luni (sugar)	100- 140	120
12 luni - 2 ani	80-130	110
2 ani - 6 ani	75-120	100
6 ani - 12 ani	75-110	95
Adolescent	60-100	80
Aduit	60-100	80

FIŞA Nr. 5.4.

MĂSURAREA PRESIUNII S¬NGELUI (T.A.).

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Determinarea presiunii sistolice şi diastolice la internare pentru a compara starea curentă cu valorile normale

- Evaluarea stării pacientului în ce priveşte volumul de sânge, randamentul inimii şi sistemul vascular;
- Aprecierea răspunsului pacientului la tratamentul cu fluide sau/şi medicamente

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiţi pe o tava medicală:
- Stetoscop biauricular;
- Tensiometru cu manşeta adaptată vârstei
- Comprese cu alcool medicinal;
- Culoare albastră (pix, cariocă, creion);
- Foaie de temperatură (F.T);
- Carnet de adnotări personale

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:
- Explicaţi pacientului procedura pentru a reduce teama şi a obţine colaborarea;
- Asiguraţi un repaus psihic de cel puţin 5 minute înainte de măsurare întrucât emoţiile influenţează presiunea sângelui;

b) FIZICĂ:
- Aşezaţi pacientul în poziţie confortabilă de decubit dorsal ori semişezând sau în ortostatism conform indicaţiei medicale

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Utilizaţi comprese cu alcool pentru a şterge olivele şi părţile metalice ale stetoscopului dacă este necesar
- Selectaţi un tensiometru cu manşeta potrivită stării constituţionale a pacientului;
- Amânaţi măsurarea T. A. dacă pacientul este tulburat emoţional are dureri, dacă a făcut exerciţii de mişcare, dacă măsurarea presiunii arteriale nu este o urgenţă;
- Alegeţi braţul potrivit pentru aplicarea manşetei (fără perfuzie i.v., intervenţie chirurgicală la nivelul sânului sau axilei, fără arsuri, shunt arterio-venos sau răni ale mâinii);
- Permiteţi pacientului să adopte poziţia culcat sau aşezat cu braţul susţinut la nivelul inimii şi palma îndreptată în sus;
- Descoperiţi braţul pacientului fie prin ridicarea mânecii prin dezbrăcare dacă aceasta (mâneca) este prea strâmtă pentru a nu creşte presiunea deasupra locului de aplicare a manşetei;
- Verificaţi dacă manşeta conţine aer;
- Scoateţi aerul din manşetă, la nevoie, deschizând ventilul de siguranţă şi comprimând manşeta în palme sau pe o suprafaţă dură;
- Închideţi ventilul de siguranţă înainte de a umfla manşeta;
- Aplicaţi manşeta, circular, în jurul braţului, bine întinsă, la 2,5 -5 cm deasupra plicii cotului şi fixaţi-o.
- Palpaţi artera brahială sau radială exercitând o presiune uşoară cu degetele;
- Aşezaţi membrana stetoscopului deasupra arterei reperate şi introduceţi olivele în urechi;
- Umflaţi manşeta tensiometrului pompând aer cu para de cauciuc în timp ce priviţi acul manometrului;
- Continuaţi să pompaţi aer până când presiunea se ridică cu 30 cm deasupra punctului în care pulsul a dispărut (nu se mai aud batai în urechi);
- Decomprimaţi manşeta, deschizând uşor ventilul de siguranţă şi restabilind circulaţia sângelui prin artere; înregistraţi mental cifra indicată de acul manometrului în oscilaţie în momentul în care, în urechi, auziţi prima bătaie clara (lup-dup); această cifră reprezintă presiunea (tensiunea) sistolică sau maximă;
- Înregistraţi numărul care corespunde bătăii de final în timp ce continuaţi decomprimarea manşetei; acesta reprezintă T.A. diastolică sau minimă;
- Îndepărtaţi manşeta, curăţaţi şi dezinfectaţi olivele stetoscopului;
- Înregistraţi valorile măsurate în carnetul personal, notând: numele bolnavului, data înregistrării, valorile obţinute (T.A. = 130/70 mmHg sau T.A.= 13/7 cmHg).

REPREZENTAREA GRAFICĂ A T.A.
- Socotiţi pentru fiecare linie orizontală din foaia de temperatură, 10 mmHg sau 1 cmHg.
- Reprezentaţi grafic valorile înregistrate printr-un dreptunghi de culoare albastră, aşezat pe verticala timpului (D sau S); latura de sus a dreptunghiului reprezintă T.S. (tensiunea sistolică) iar latura de jos a dreptunghiului reprezintă T.D. (tensiunea diastolică).
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
REZULTATE AŞTEPTATE/DORITE:
- T.A. a pacientului este, în limitele normale corespunzătoare vârstei;
- Pacientul nu acuză cefalee, tulburări de echilibru;
REZULTATE NEDORITE
- Presiunea sistolică sau diastolică este mai mare sau mai mică faţă de rata normală a persoanelor de aceeaşi vârstă;
- Sunetele obţinute prin metoda KOROTKOPF nu sunt audibile sau suficient de distincte pentru a facilita o apreciere exacta a T.A.
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
Pacientul poate avea una sau mai multe din problemele de dependenţă:
- intoleranţă la activitate
- alterarea randamentului inimii;
- exces de volum liebidian
- deficit de cunoştinţe;
- alterarea nutriţiei;
- alterarea menţinerii sănătăţii
MODIFICĂRI ÎN SITUAŢIILE SELECTATE
- Ridicaţi braţul pacientului deasupra inimii pentru 15 secunde înainte de reverificarea presiunii dacă auziţi cu dificultate sunetele (bătăile cardiace) în urechi;
- Măsuraţi T.A. la coapsă dacă accesul la arterele braţului nu este posibil;
- Alegeţi o manşeta lată şi aşezaţi pacientul pe abdomen pentru palparea adecvată a arterei poplitee;
- Ajustaţi evaluarea presiunii arteriale inregistrate, dacă folosiţi coapsa, întrucât există tendinţa ca T.A. să fie mai mare la extremitatea distală făţă de extremitatea proximalţ (superioara).
- Măsuraţi presiunea arterialţ prin metoda palpatorie, în lipsa stetoscopului auricular; întotdeauna veti obţine exact numai tensiunea sistolică prin aceasta metodă.
EDUCAREA PACIENTULUI
- Sfătuiţi pacienţii adulţi să-şi măsoare T.A. cel puţin o dată pe an;
- Informaţi pacienţii despre utilitatea automăsurării TA., la domiciliu, prin echipament digital; deşi costisitor este mult mai uşor să citeşti valorile.
- Instruiţi pacientul să se prezinte cu promptitudine la medic dacă valorile T.A. sunt oscilante; - - Instruiţi pacientul cu hipertensiune arterială (HTA) să-şi ia medicamentele în mod regulat, să reducă consumul de sare, să-şi verifice greutatea şi să înveţe tehnici de managementul stressului; - Informaţi pacientul/familia care sunt valorile în funcţie de vârstă; oferiţi, eventual, un tabel cu valori orientative ca în exemplul de mai jos.

Vârsta	Valori normale ale T.A:	Limite superioare ale normalului
1 an	95/65 mmHg	Nedeterminate
6-9 ani	100/65 mmHg	119/79 mmHg .
10-13 ani	110/65 mmHg	124/84 mmHg.
14-17 ani	120/80 mmHg	134/89 mmHg.
18-adult	120/80 mmHg	139/89 mmHg.

FIŞA Nr. 5.5.
MĂSURAREA ÎNĂLŢIMII ŞI GREUTĂŢII

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Stabilirea greutăţii pacientului pentru aprecierea stării de nutriţie şi a reţinerii apei în organism; - Aprecierea raportului dintre înalţime şi greutate
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Cântar pentru adulţi
- Antropometru (sau cântar antropometru)
- Carnet pentru notarea valorilor
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Explicaţi pacientului necesitatea măsurătorii şi stabiliţi împreună ora potrivită în cursul dimineţii
- Asiguraţi pacientul, dacă este cazul, că se respectă intimitatea
b) FIZICĂ:
- Ajutaţi pacientul să se dezbrace de halat;
- Explicaţi pacientului să nu mănânce, sau urineze şi să elimine scaunul înainte de cântărire
- Instruiţi pacientul să stea cu călcâiele lipite de tija antropometrului
EFECTUAREA PROCEDURII:
1.Măsurarea înălţimii
- Aşezaţi pacientul în picioare cu spatele la tija şi sub cursorul taliometrului;
- Rugaţi pacientul să stea cu spatele drept şi călcâiele lipite de tija taliometnilui;
- Coborâţi cursorul până la capul bolnavului şi citiţi pe tijă - gradaţia înălţimii
2. Măsurarea greutăţii
- Aduceţi balanţa în echilibru şi imobilizaţi acul indicatorului închizând braţul balanţei
- Verificaţi dacă sunt îndeplinite condiţiile
    - Bolnav nemâncat
    - Vezică urinară golită
    - Scaun eliminat
- Asiguraţi-vă că poartă aceleaşi haine la fiecare cântărire
- Folosiţi acelaşi cântar
- Aduceţi cele două cursoare pentru kg. şi grame aproape de greutatea estimată a pacientului
- Rugaţi pacientul să urce pe cântar
- Deschideţi braţul (tija balanţei) şi mişcaţi cele două cursoare (cursorul) până acul se stabileşte din nou la zero;
- Fixaţi scara cursorului şi rugaţi pacientul să coboare
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Conduceţi pacientul la pat (dacă este nevoie)
- Ajutaţi-l să se aşeze în pat
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Nu este cazul în general;
- Cântarele mobile sunt aduse la locul lor
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi valorile înălţimii şi greutăţii
- Precizaţi dacă din diverse motive nu pot fi îndeplinite toate condiţiile
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
REZULTATE AŞTEPTATE
- Cântărirea s-a făcut corect, rezultatul atestă o evoluţie bună
REZULTATE NE DO RITE / CE FACEŢI
- Valorile obţinute arată scăderea greutăţii la pacienţii slăbiţi, denutriţi, creşterea greutăţii şi reţinerea apei în organism
    - Verificaţi respectarea regimului

CAPITOLUL VI. PANSAMENTE SI BANDAJE

FIŞA Nr. 6.1.
PANSAMENTUL

RESPECTAŢI CONDIŢIILE UNUI BUN PANSAMENT
a) Să fie făcut în condiţii aseptice
- Folosiţi materiale de protecţie şi instrumente sterile
- Spălaţi şi dezinfectaţi mâinile, îmbrăcaţi mănuşi sterile
- Serviţi materialele folosind pense
- Nu introduceţi în casoletă sau în trusa de instrumente pensa cu care aţi lucrat în plagă;
- Nu folosiţi aceleaşi instrumente la alti pacienţi
b) Să fie absorbant
- Asiguraţi absorbţia secreţiilor pentru a favoriza cicatrizarea
- Folosiţi comprese de tifon şi vată hidrofilă
c) Să fie protector
- Acoperiţi plaga cu comprese sterile şi vată
- Asiguraţi-vă că dimensiunile compreselor depăşesc marginile plăgi cu cel puţin 1-2 cm
- Dacă zona este expusă microbilor, protejaţi plaga cu un strat mai gros de tifon şi vată;
d) Să nu fie dureros
- Acţionaţi cu blândeţe şi răbdare
- Administraţi un calmant la recomandarea medicului dacă situaţia o cere
- Spălaţi plaga prin turnare şi absorbiţi surplusul de lichid şi secreţiile prin tamponare
- Nu fixaţi pansamentul prea strâns pentru a nu jena circulaţia şi a nu produce durere
- Asiguraţi limitarea mişcărilor în acea zonă dacă există indicaţii în acest sens
e) Să fie schimbat la timp
- Verificaţi indicaţia medicală cu privire la schimbarea pansamentului;
- Schimbaţi cât mai rar pansamentul la plăgile chirurgicale atunci când se menţine curat şi uscat
- În cazul plăgilor secretante schimbaţi pansamentul ori de câte ori este nevoie;
- Anunţaţi medicul şi controlaţi plaga dacă pacientul acuză durere sau prezintă febră fără altă cauză, schimbaţi pansamentul cu această ocazie.
RESPECTAŢI TIMPII PANSAMENTULUI
a) Crearea câmpului operator
- Degresarea tegumentelor din jurul plăgii pentru a îndepărta urmele de adeziv de la pansamentul sau sebumul, folosind eter sau benzină iodată
- Îndepărtaţi compresele de la pansamentul vechi cu blândeţe, umezindu-le cu soluţie antiseptică dacă sunt lipite
- Dezinfectaţi tegumentul cu o soluţie antiseptică (începând dinspre plagă spre periferie, schimbaţi frecvent tamponul)
b) Tratarea plăgii
- Acţionaţi în funcţie de recomandarea medicului, de natura şi evoluţia plăgii; spălaţi plaga cu un jet slab de soluţie antiseptică dacă prezintă secreţii, îndepărtaţi tubul de dren, îndepărtaţi firele şi ajutaţi medicul dacă este o plagă recentă
- Aplicaţi medicamente conform prescripţiei medicale
c) Acoperirea (protecţia plăgii)
- Aplicaţi comprese sterile care să depăşească marginile plăgii cu 1-2 cm
- Nu aplicaţi un strat prea gros de tifon pentru a asigura o bună capilaritate
- La plăgile care secretă, acoperiţi compresele cu strat nu prea gros de vată pentru a nu permite, stagnarea secreţiilor în contact cu tegumentul favorizând iritaţia şi macerarea
d) Fixarea pansamentului :
- Alegeţi o metodă de fixare adecvată regiunii prin înfăşare sau cu substanţe

adezive
- Verificaţi pansamentul pentru a nu jena circulaţia de întoarcere sau dacă asigură repausul în cazul în care este limitată mişcarea
- Verificaţi dacă pansamentul jenează mişcarea

OBIECTIVE

• Favorizarea vindecării rănilor
• Prevenirea infecţiei
• Aprecierea procesului de vindecare
• Protecţia plăgii împotriva factorilor mecanici

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Se face în funcţie de tipul de pansament (protector, absorbant, compresiv, ocluziv, umed)
- Tava medicală/cărucior pentru tratamente, măsuţa pentru pansamente;
- Trusa cu instrumente sterile: pense hemostatice, pense anatomice, foarfeci chirurgicale, stilete butonate, sonde canelate;
- Comprese sterile
- Tuburi de dren sterile
- Mănuşi sterile
- Ochelari de protecţie, mască
- Muşama, alează
- Soluţii antiseptice:
    - pentru tegumente
    - pentru plagă
- Soluţii degresante: benzină iodată, eter
- Medicamente: pulberi, unguente
- Materiale pentru fixare: feşi de tifon, benzi adezive, plasă adezivă, soluţie adezivă, ace de siguranţă
- Tăviţa renală

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ
- Informaţi pacientul asupra necesităţii efectuării pansamentului
- Explicaţi modul de desfăşurarea al procedurii
- Obţineţi consimţământul

b) FIZICĂ
- Poziţionaţi pacientul în funcţie de segmentul ce trebuie pansat
- Alegeţi poziţia de decubit pentru a evita lipotimia
- Asiguraţi intimitatea pacientului dacă este cazul

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Alegeţi materialele necesare în funcţie de tipul pansamentului
- Verificaţi prescripţia medicală privind tratarea plăgii
- Identificaţi pacientul
- Evaluaţi starea pacientului pentru a stabili dacă pansamentul se face la pat sau la sala de pansamente
- Puneţi masca, acoperiţi părul, spălaţi mâinile şi dezinfectaţi-le cu alcool
- Îmbrăcaţi mănuşi sterile, luaţi din trusă 2 pense sterile
- Îndepărtaţi pansamentul vechi dacă este cazul, fără să produceţi durere. Dacă este lipit umeziţi cu apă oxigenată sau ser fiziologic; observaţi plaga
- Curăţaţi tegumentul din jurul plăgii folosind tampoane îmbibate în benzină sau eter pentru a efectua degresarea şi apoi dezinfectaţi cu alcool sau tinctură de iod. Ştergerea se va face de la plagă spre periferie schimbând des tampoanele pentru a evita contaminarea
- Spălaţi plaga prin turnare pentru a nu produce durere, folosind una din soluţiile dezinfectante recomandate;
- Absorbiţi secreţiile din plagă prin tamponare pentru a nu produce durere
- Curăţaţi din nou tegumentele din jurul plăgii folosind tampon pentru o singură manevră şi ştergeţi apoi cu un tampon uscat
- Efectuaţi în continuare tratamentul plăgii în funcţie de natura şi evoluţia acesteia, aplicând medicamente dacă sunt recomandate;

- Acoperiţi cu comprese de tifon sterile care să depăşrască marginea plăgii cu 1-2 cm şi aplicaţi desupra un strat subţire de vată dacă este necesar
- Fixaţi prin lipire cu materiale adezive sau prin bandajare folosind un procedeu adaptat regiunii (circular, în spirală, în evantai, cu faşă răsfrântă, în spic)
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă şi puneţi regiunea lezată în repaus
- Observaţi faciesul şi comportamentul la durere
- Observaţi aspectul tegumentelor pentru ca pansamentul să nu jeneze circulaţia
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile cu potenţial infecţios (comprese, mănuşi, tuburi de dren, feşi) în recipiente speciale
- Curăţaţi instrumentele şi pregătiţi-le pentru sterilizare
- Dezbrăcaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi tipul de pansament, aspectul şi evoluţia plăgii data, ora
- Notaţi informaţiile care trebuie transmise în legătură cu pansamentele următoare
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
REZULTATE AŞTEPTATE/DORITE:
- Pacientul nu acuză durere ;
- Pansamentul este bine fixat şi curat;
- Plaga este în curs de vindecare
REZULTATE NEDORITE / CE FACEŢI
- Pacientul acuză durere, tegumentele sunt roşii, edemaţiate, plaga secretă;
      - Anunţaţi medicul şi efectuaţi îngrijirile recomandate
- Tegumentele îşi schimbă culoarea, pot apare furnicături
      - Pansamentul este prea strâns. Refaceţi bandajul
- Pansamentul se umezeşte din cauza secreţiilor
      - Aplicaţi un strat protector şi absorbant de vată
      - Montaţi tub de dren la recomandarea medicului sau sub supravegherea acestuia
      - Schimbaţi pansamentul de câte ori este nevoie

FIŞA Nr. 6.2.
TIPURI DE PANSAMENTE

PANSAMENTUL PROTECTOR
OBIECTIV
- Acoperirea unei plăgi care nu secretă, nu prezintă tub de dren (plagă operatorie, locul unei injecţii sau puncţii, locul unde este montat un cateter venos) pentru a realiza protecţie faţă de mediul înconjurator
RECOMANDĂRI
- Puteţi folosi materiale sintetice în locul compreselor mari

PANSAMENTUL ABSORBANT
OBIECTIV
- Acoperirea plăgilor drenate sau secretante cu un strat de comprese şi un strat de vată
RECOMANDĂRI
- Respectaţi etapele de efectuare a pansamentului
- Supravegheaţi pacientul pentru a putea schimba pansamentul mai ales dacă se îmbibă
- Dacă medicul montează tub de dren notaţi cantitatea de lichid eliminată

PANSAMENTUL OCLUZIV
OBIECTIV
- Acoperirea cu comprese şi vată a plăgilor însoţite de leziuni osoase peste care

se aplică aparatul gipsat pentru imobilizare
RECOMANDĂRI
- Pentru îngrijirea plăgii se poate face fereastră

PANSAMENTUL COMPRESIV
OBIECTIV
- Acoperirea unei plăgi sângerânde în scop hemostatic, pentru imobilizarea unei articulaţii în caz de entorsă sau pentru reducerea unei cavităţi superficiale după puncţionare
RECOMANDĂRI
- Respectaţi etapele de efectuare a pansamentului .
- Aplicaţi peste comprese un strat mai gros de vată astfel încât să se acopere reliefurile osoase şi compresiunea să fie repartizată uniform pe toată suprafaţa regiunii, să nu împiedice circulaţia de întoarcere

PANSAMENTUL UMED
OBIECTIV
- Diminuarea edemului inflamator
RECOMANDĂRI
- Aplicaţi comprese umede reci îmbibate în soluţii recomandate de medic (Rivanol, cloramină, etc.)
- Protejaţi cu o bucata de material plastic
- Fixaţi
- Reumeziţi din timp în timp (maxim la 5-10 min) sau schimbaţi compresele deoarece se încălzesc şi produc un efect contrar.

FIŞA Nr. 6.3.
BANDAJE FIXAREA PANSAMENTULUI PRIN ÎNFĂŞARE
(BANDAJAREA)

OBIECTIV
Fixarea pansamentului în regiunile în care substanţele adezive nu asigură această cerinţă (extremităţi, regiunea capului, regiuni articulare)
- Fixarea pansamentelor pe regiuni supuse traumatismelor în timpul unor accidente (mână, picior)
- Efectuarea pansamentului compresiv
- Imobilizarea temporară în traumatismele membrelor (entorse, luxaţii, fracturi)
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Feţi de tifon de mărimi diferite (lăţimi între 5 şi 25 cm, lungimi între 2 şi 5 m)
- Feşi elastice
- Foarfecii
- Ace de siguranţă, plasă, leucoplast
PREGĂTIREA PACIENTULUI
- Procedura este efectuată de regulă după pansament (pentru fixare) ceea ce presupune pregătirea prealabilă
- Continuaţi să comunicaţi cu pacientul pentru atingerea obiectivului şi pentru colaborarea cu acesta
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Alegeţi feşile de dimensiuni corespunzătoare regiunii şi scopului
- Alegeţi tehnica de înfăşare în funcţie de zonă
- Staţi tot timpul cu faţa la pacient
- Ţineţi faşa în mâna dreaptă între police şi celelalte patru degete, iar cu mâna stângă prindeţi capătul liber
- Trageţi primele 4-5 tururi circulare la o distanţă de 10-15 cm de plagă. După primul tur colţul liber al feşii aşezat oblic se restrânge şi se acoperă cu a II-a tură pentru a fi mai bine fixat

- Continuaţi înfăşarea în funcţie de regiune folosind o modalitate adecvată: circulară, în spic, în evantai, în spirală etc.

ÎNFĂŞAREA CIRCULARĂ
- Folosiţi tehnica pentru regiuni cilindrice: cap, gât, torace, abdomen, braţ, articulaţia pumnului
- La membre, începeţi înfăşarea de la extremitatea spre rădăcină în sensul circulaţiei de întoarcere (de la partea mai subţire)
- Acoperiţi pansamentul în întregime prin ture, suprapuse
- Fixaţi cu ac de siguranţa, leucoplast sau prin nod la distanţă de plăgă pentru a nu produce jenă

ÎNFĂŞAREA ÎN SPIRALĂ
- Folosiţi tehnica pentru membre (gambă, antebraţ) regiuni tronconice şi suprafeţe întinse
- Efectuaţi după turele circulare iniţiale, ture oblice în aşa fel încât tura următoare să acopere jumătate din cea anterioară
- Răsturnaţi din când în când faşă pentru a asigura apropierea de segment

ÎNFĂŞAREA ÎN EVANTAI
- Folosiţi înfăşarea pentru articulaţii (cot, genunchi, călcâi)
- Începeţi cu două ture circulare deasupra articulaţiei
- Continuaţi cu ture oblice descendente în aşa fel încât faşa să se suprapună la distanţe mai mici în plică şi mai mari în partea expusă ajungând circular la nivelul liniei articulare şi apoi oblice sub articulaţie
- Încheiaţi cu două ture circulare şi fixaţi cu ac de siguranţă, leucoplast

ÎNFĂŞAREA RĂSFR¬NTĂ
- Folosiţi tehnica pentru membre (gambă, antebraţ, regiuni tronconice şi suprafeţe întinse) pentru a asigura o mai bună etanşare
- Începeţi cu 2 ture circulare
- Continuaţi oblic în sus până pe faţa anterioară a segmentului unde fixaţi faşa cu policele sau cu ajutorul altei personae, o răsfrângeţi şi continuaţi în jos încojurând segmentul pe faţa posterioară acoperind Ω din tura anterioară
- Continuaţi cu tura oblică pe faţa anterioară şi repetaţi manevra de răsfrângere a feşii şi de acoperire a feţei posterioare până când pansamentul este fixat
- Încheiaţi prin ture circulare
- Fixaţi capătul liber cu ac de siguranţă sau leucoplast

ÎNFĂŞAREA ÎN SPICĂ
- Folosiţi pentru regiuni articulare: scapulo-hueralã, inghino-abdominală, cot, picior, pumn
- Începeţi de regulă deasupra articulaţiei prin ture circulare
- Treceţi faşa dedesuptul articulaţiei, în formă de "8" înconjurând zona vecină acoperind tura precedentă jumătate sau două tururi
- Terminaţi prin ture circulare
- Fixaţi capătul liber

CAPITOLUL VII. SONDAJE, SPĂLĂTURI, CLISME

FIŞA Nr. 7.1.
INTRODUCEREA ŞI ÎNDEPĂRTAREA UNEI SONDE NAZOGASTRICE (TUBAJUL NAZOGASTRIC)

A. INTRODUCEREA SONDEI

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Introducerea unei sonde în stomac pentru evacuarea conţinutului sau aspiraţie continuă
- Introducerea alimentelor în stomac sau a medicamentelor
- Efectuarea unor teste diagnostice

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală sau cărucior ;
- Sonde din cauciuc sau din material plastic sterile ;
- Seringă de 20 ml; seringă Guyon sterilă; stetoscop;
- Tăviţă renală;
- Soluţie pentru lubrefiere (aqua gel);
- Mănuşi de unică folosinţă
- Vas colector pentru lichidul evacuat sau pungă colectoare
- Leucoplast
- Pahar cu apă
- Prosoape, şerveţele din hârtie

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicaţi pacientului scopul şi necesitatea tubajului;
- Obţineţi consimţământul şi colaborarea ;
- Informaţi pacientul privind modul de desfăşurare a procedurii şi a duratei acesteia;
- Asiguraţi intimitatea

b) FIZICĂ

- Îndepărtaţi proteza dentară dacă există şi plasaţi-o într-un pahar cu apă;
- Rugaţi pacientul să-şi sufle nasul sau curăţaţi nasul dacă este necesar;
- Alegeţi nara cea mai funcţională punând pacientul să respire alternativ pe o nară şi pe cealaltă;
- Aşezaţi pacientul în poziţie şezândă sau semişezândă

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Alegeţi şi verificaţi materialele în funcţie de obiectivul stabilit;
- Verificaţi recomandarea medicală;
- Identificaţi pacientul şi transportaţi materialele în salon
- Instruiţi pacientul cum să înghită
- Aşezaţi pacientul în poziţia aleasă şi plasaţi sub bărbia acestuia un prosop.
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşile
- Estimaţi lungimea necesară pentru ca sonda să ajungă în stomac procedând astfel:

    - Măsuraţi distanţa dintre lobul urechii şi vârful nasului şi apoi de la vârful nasului până la apendicele xifoidian
    - Însemnaţi locul celor două măsurători cu benzi subţiri de leucoplast sau notaţi distanţele dacă sonda este gradată

- Lubrifiaţi sau umeziţi vârful sondei pentru a asigura înaintarea, pentru a reduce fricţiunea şi iritaţiile
- Plasaţi o tăviţă renală sub bărbia pacientului eventual să o menţină singur sau apelaţi la ajutor - Introduceţi sonda cu delicateţe prin nara selectată îndreptând-o spre spate şi în jos înaintând încet până ajunge în faringe
- Avansaţi cu sonda rugând pacientul să înghită până ajunge la primul semn. Favorizaţi înghiţirea sondei dând pacientului cantităţi mici de apă cu paiul (dacă este cazul)
- Supravegheaţi starea pacientului deoarece pot apare: cianoza, tulburări respiratorii, situaţie în care sonda a ajins în trahee
- Rugaţi pacientul să înghită încet până la al doilea semn
- Controlaţi poziţia sondei prin una din următoarele metode;
    - Conectaţi o seringă la capătul liber al sondei şi conţinutul stomacal
    - Conectaţi o seringă la capătul liber al sondei şi introduceţi 30 cm3 de aer ascultând cu stetoscopul plasat pe epigastru, zgomotele produse de intrarea aerului
    - Introduceţi capătul liber al sondei într-un pahar cu apa.

Nu trebuie să iasă bule de aer.
- Verificaţi radiologic dacă este cazul
- Fixaţi sonda pe nas cu leucoplast astfel încât să nu împiedice vederea şi să nu preseze nasul
- Fixaţi eventual partea liberă a sondei având grijă să lăsaţi o buclă (de la nas până la locul fixării) care să-i permită pacientului mişcarea lejeră a capului
- Aşezaţi pacientul într-o poziţie comodă
- Continuaţi tubajul conform obiectivului urmărit
- Clampaţi sonda sau aplicaţi un dop între două folosiri, ataşaţi punga colectoare în funcţie de obiectivul tubajului

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Observaţi faciesul şi respiraţia pacientului
- Asiguraţi igiena orală, mucoasa să fie curată şi umedă
- Observaţi nările şi evetualele semne de iritaţie
- Verificaţi permeabilitatea sondei
- Redaţi pacientului proteza, dacă nu există alte recomandări ale medicului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi materialele folosite
- Goliţi recipientele (dacă este cazul) şi curăţaţi
- Aşezaţi materialele în dulapuri sau în alte locuri destinate păstrării

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi :
- Data, ora efectuării/introducerii sondei, tipul tubajului, durata şi mărimea sondei folosite
- Toleranţa pacientului la procedură
- Metode folosite pentru control
- Cantitatea, culoarea, consistenţa, mirosul lichidului extras
- Prezenţa unor semne de iritaţie şi dificultăţi în introducerea sondei

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

REZULTATE AŞTEPTATE/DORITE:
- Pacientul este colaborant şi demonstrează înţelegerea informaţiilor;
- Sonda este introdusă fără dificultate;
- Sonda este permeabilă;
- Pacientul nu acuză disconfort major .

REZULTATE NEDORITE/CE FACEŢI?
- Pacientul nu colaborează
- Explicaţi-i cu răbdare importanţa procedurii şi la nevoie anunţaţi medicul
  - Folosiţi un spray anestezic, dacă medicul recomandă, pentru a îndepărta senzaţiile neplăcute
- Sonda nu înaintează la nivelul orificiului nazal
  - Este posibilă o obstrucţie; retrageţi sonda şi încercaţi din nou cu răbdare
- Pacientul tuşeşte, se cianozează, prezintă tulburări respiratorii pentru că sonda a ajuns în trahee
  - Retrageţi uşor sonda, lăsaţi pacientul să se liniştească şi încercaţi din nou manevrând sonda cu blândeţe
- Pacientul acuză disconfort, iritaţie, senzaţie de vomă, greaţă
  - Sfătuiţi pacientul să respire profund pentru a combate greaţa
  - Ajutaţi pacientul să-şi susţină sau susţineţi tăviţa renală, în caz de vomă
  - Anunţaţi medicul în caz de iritaţie şi aplicaţi măsurile stabilite de acesta
- Sonda se încolăceşte în stomac
  - Apreciaţi corect prin măsurători profunzimea la care va fi introdusă sonda
  - Retrageţi puţin sonda până la diviziunea 55-60 sau până la al doilea marcaj

B. ÎNDEPĂRTAREA SONDEI

OBIECTIV
- Îndepărtarea sondei folosite pentru tubajul nazogastric
PREGĂTIREA MATERIALELOR NECESARE
- Tavă sau măsuţă pentru materiale
- Şerveţele (prosop) de hârtie
- Mănuşi de unică folosinţă
- Tăviţa renală
- Alezã, prosop
- Muşama pentru protecţia lenjeriei pacientului şi a patului
- Pahar cu apă
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi indicaţia medicului pentru retragerea sondei
- Aduceţi materialele lângă patul pacientului
- Explicaţi procedura
- Aşezaţi pacientul în poziţie şezândă sau semişezândă în funcţie de starea acestuia
- Puneţi muşamaua şi aleza pe pieptul pacientului
- Spălaţi mâinile, îmbrăcaţi mănuşi
- Închideţi sonda
- Îndepărtaţi leucoplastul cu blândeţe de pe nas
- Instruiţi pacientul să inspire şi să rămână în apnee
- Apucaţi sonda cu o mână, presaţi şi retrageţi încet cu o mişcare uşoară, până aproape de faringe, apoi mai rapid
- Ghidaţi sonda cu cealaltă mână folosind un prosop de hârtie şi prinzând capătul sondei pe măsură ce este retrasă
- Rugaţi pacientul să respire normal
- Oferiţi pacientului un pahar cu apă pentru a-şi clăti gura
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Observaţi faciesul pacientului
- Aşezaţi pacientul într-o poziţie comodă
- Curăţaţi nările şi observaţi eventualele iritaţii
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi materialele folosite
- Măsuraţi (dacă este cazul) lichidul eliminat
- Îndepărtaţi mănuşile, spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Ora îndepărtării sondei şi comportamentul pacientului, cantitatea, aspectul lichidului
EVALUAREA PROCEDURII
REZULTATE AŞTEPTATE
- Îndepărtarea sondei a decurs fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort
REZULTATE NEDORITE/ CE FACEŢI?
- Pacientul exprimă discomfort din următoarele cauze:
    - Sonda nu a fost închisă şi pensată, conţinutul s-a scurs în faringe
        - Preveniţi prin executarea corectă a extragerii;
    - Prezintă iritaţii din cauza lezării mucoasei prin compresiune sau a asperităţilor vârfului sondei
        - Preveniţi prin controlul repetat al aspectului mucoasei
        - Folosiţi sonde de dimensiuni corespunzătoare vârstei pacientului, scopului şi recomandării medicale

FIŞA Nr. 7.2.
TUBAJUL (SONDAJUL) DUODENAL

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Introducerea unei sonde până în duoden (dincolo de pilor) pentru extragerea conţinutului în vederea unor teste de diagnostic;
- Drenarea căilor biliare;
- Introducerea unor lichide hidratante şi nutritive, a unor medicamente;
- Aspiraţie continuă la bolnavii chirurgicali.

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă sau cărucior pentru materiale;
- Sonde sterile Einhorn (sau Miller-Aboit);
- 2 seringi de 20 ml, seringă Guyon, perfuzoare;
- Mănuşi de cauciuc de unică folosinţă;
- Pensă (clemă) pentru clamparea sondei;
- Leucoplast
- Muşama, aleză, prosop
- Pernă cilindrică sau un sul dintr-o pătură
- Tăviţă renală
- Materiale în funcţie de obiectiv: stativ cu eprubete, soluţie de Sulfat de magneziu 33%, hârtie de turnesol, medii de cultură, ulei de măsline, novocnină, soluţii pentru hidratare sau alimentare, medicamente, recipiente pentru colectarea lichidului de aspiraţie sau pungi colectoare
- Paravane pentru izolare
- Pahar cu apă

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Explicaţi pacientului scopul şi necesitatea tubajuluii;
- Obţineţi consimţământul şi colaborarea ;
- Informaţi pacientul privind modul de desfăşurare a procedurii şi a duratei acesteia;
- Asiguraţi intimitatea

b) FIZICĂ
- Îndepărtaţi proteza dentară dacă există şi plasaţi-o într-un pahar cu apă ;
- Rugaţi pacientul să-şi sufle nasul sau curăţaţi nasul dacă este necesar;
- Alegeţi nara cea mai funcţională punând pacientul să respire alternativ pe o nară şi pe cealaltă ;
- Aşezaţi pacientul în poziţie şezândă sau semişezândă

EFECTUAREA PROCEDURII:
1. Introducerea sondei
- Alegeţi şi verificaţi materialele în funcţie de obiectiveul stabilit;
- Verificaţi recomandarea medicală;
- Identificaţi pacientul şi transportaţi materialele necesare în salon
- Instruiţi pacientul cum să înghită
- Aşezaţi pacientul în poziţia aleasă şi plasaţi sub bărbia acestuia un prosop ;
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşile
- Estimaţi lungimea necesară pentru ca sonda să ajungă în stomac procedând asfel:
    - Măsuraţi distanţa dintre lobul urechii şi vârful nasului şi apoi de la vârful nasului până la apendicele xifoidian
    - Însemnaţi locul celor două măsurători cu benzi subţiri de leucoplast sau notaţi distanţele dacă sonda este gradată
- Lubrifiaţi sau umeziţi vârful sondei pentru a asigura înaintarea, pentru a reduce fricţiunea şi iritaţiile
- Plasaţi o taviţă renală sub bărbia pacientului şi rugaţi-l eventual să o menţină singur sau apelaţi la ajutor
- Introduceţi sonda cu delicateţe prin nara selectată îndreptând-o spre spate şi în jos înaintând încet până ajunge în faringe;
- Avansaţi cu sonda rugând pacientul să înghită până ajunge la primul semn. Favorizaţi înghiţirea sondei dând pacientului cantităţi mici de apă cu paiul (dacă este cazul)

- Supravegheaţi starea pacientului deoarece pot apare : tusea, cianoza, tulburări respiratorii situaţie în care sonda a ajuns în trahee
- Rugaţi pacientul să inghită încet pană la al doilea semn
- Controlaţi poziţia sondei prin una din următoarele metode
    - Conectaţi o seringă la capătul liber al sondei şi aspiraţi conţinutul stomacal
    - Conectaţi o seringă la capătul liber al sondei şi introduceţi 30 cm3 de aer ascultând cu stetoscopul plasat pe epigastru, zgomotele produse de intrarea aerului
    - Introduceţi capătul liber al sondei într-un pahar cu apă. Nu trebuie să iasă bule de aer.
    - Verificaţi radiologic dacă este ciizul
- Asezaţi pacientul în decubit lateral drept cu capul mai jos, trunchiul uşor ridicat şi membrele inferioare flectate
- Introduceţi sub hipocondrul drept perna cilindrică sau sulul realizat din pătura rulată
- Aşezaţi în faţa pacientului o muşama acoperită cu o aleză;
- lnstruiţi pacientul să înghită încet continuând introducerea lentă a sondei 1 - 2 cm la 3-5 min.
- Urmăriţi gradaţiile sondei pentru a observa ajungerea diviziunii 75-80 cm la orificiul narinei când sonda se află în duoden (după 1- 1Ω h de la pătrunderea în stomac)
- Verificaţi poziţia sondei prin una din următoarele metode:
    1. Introduceţi capătul liber al sondei într-o eprubetă şi observaţi dacă se scurge bilă de culoare galben aurie, dacă nu se scurge introduceţi câţiva ml de aer pentru a îndepărta eventualele mucozităţi şi aspiraţi cu seringa.
    2. Insuflaţi 60 ml aer prin sondă cu o seringă şi încercaţi să recuperaţi după 1 min. Aspirarea unei cantităţi mai mici de 20 ml arată că sonda este în duoden
    3. Introduceţi 10 ml lapte care nu mai pot fi recuperaţi dacă sonda este în duoden
    4. Controlul radiologic
- Continuaţi tubajul conform obiectivului urmărit
- Fixaţi sonda dacă trebuie să rămână pe loc
- Menţineţi sonda pe durata recomandată de medic

2. Retragerea sondei
- Anunţaţi pacientul când trebuie extrasă sonda
- Introduceţi câţiva ml de aer pentru a goli lumenul sondei şi includeţi cu o pensă
- Coborâţi extremitatea liberă a sondei sub nivelul stomacului pentru a evita scurgerea eventualelor resturi din lumen în faringe sau în cavitatea bucală

Retragerea sondei în 3 paşi
- Rugaţi pacientul să inspire şi să rămână în apnee timp în care retrageţi sonda până la nivelul stomacului
- Rugaţi din nou pacientul să inspire şi procedaţi în continuare ca la retragerea sondei nazogastrice
- Oferiţi pacientului un pahar cu apă pentru clătirea gurii

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Observaţi faciesul şi respiraţia pacientului
- Asiguraţi igiena orală cât timp se menţine sonda
- Verificaţi permeabilitatea sondei
- În cazul hidratării sau nutriţiei închideţi sonda între două administrări
- Asiguraţi-vă că pacientul stă într-o poziţie adecvată şi comodă
- După retragerea sondei ajutaţi pacientul să-şi clătească gura cu apă de mai multe ori

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi materialele folosite
- Curăţaţi materialele refolosibile şi depozitaţi-le in locul corespunzător

NOTAREA PROCEDURII
- Data, ora efectuării/introducerii sondei, durata
- Toleranţa pacientului la procedură
- Obiectivul procedurii şi îndeplinirea acestuia
EVALUAREA PROCEDURII
REZULTATE AŞTEPTATE
- Pacientul este colaboram şi demonstrează inţelegerea informaţiilor
- Sonda este introdusă fără dificultate
- Obiectivul sondajului este îndeplinit
REZULTATE NEDORITE/CE FACEŢI?
- Pacientul nu colaborează
      - Explicaţii cu răbdare importanţa procedurii şi la nevoie anunţaţi medicul
      - Folosiţi un spray anestezic, dacă medicul recomandă, pentru a îndepărta senzaţiile neplăcute
- Sonda nu înaintează la nivelul orificiului nazal
      - Este posibilă o obstrucţie; retrageţi sonda şi incercaţi din nou cu răbdare
- Pacientul tuşeşte, se cianozează, prezintă tulburări respiratorii pentru că sonda a ajuns în trahee
      - Retrageţi uşor sonda, lăsaţi pacientul să se liniştească şi încercaţi din nou manevrând sonda cu blândeţe
- Pacientul acuză disconfort, iritaţie, senzaţie de vomă, greaţă
      - Sfătuiţi pacientul să respire profund pentru a combate greaţa
      - Ajutaţi pacientul să-şi susţină sau susţineţi taviţa renală, în caz de vomă
      - Anunţaţi medicul în caz de iritaţie şi aplicaţi măsurile stabilite de acesta
- Sonda se încolăceşte în stomac, nu trece de pilor
      - Preveniţi prin înghiţire foarte lentă
      - Combateţi spasmul piloric prin administrarea medicamentelor antispastice (la recomandarea medicului) sau prin neutralizarea aciditătii gastrice cu sol. de NaHC03 10% -20-40ml

FIŞA Nr. 7.3.
SONDAJUL VEZICAL LA FEMEIE

OBIECTIVELE PROCEDURII
• Introducerea unei sonde urinare în vezica urinară pentru a facilita scurgerea urinii în vederea:
- Obţinerii unei mostre de urină pentru examene de laborator
- Evacuării conţinutului vezicii când aceasta nu se produce spontan sau în caz de incontinenţă
- Spălăturii vezicale
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă pentru materiale
- Sonde urinare sterile (Foley, Nelaton) de diferite dimensiuni
- Tăviţă renală
- Mănuşi sterile şi mănuşi de unică folosinţă
- Soluţii dezinfectante, tampoane şi comprese sterile
- Seringi
- Ser fiziologic sau apă sterilă
- Soluţii sterile pentru lubrifierea sondei
- Pungi colectoare
- Materiale pentru toaleta organelor genitale
- Muşama, traverse
- 1 -2 eprubete sterile, 1 - 2 eprubete curate şi uscate
PREGĂTIREA PACIENTEI

a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacienta cu privire la necesitatea sondajului
- Obţineţi consimţământul şi colaborarea acesteia
b) FIZICĂ:
- Aşezaţi pacienta în poziţie ginecologică
- Asiguraţi intimitatea pacientei prin izolare cu paravan
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Identificaţi pacienta
- Verificaţi recomandarea medicală
- Protejaţi patul cu aleză şi muşama
- Îndepărtaţi perna şi pliaţi pătura
- Lăsaţi accesibilă numai regiunea vulvară
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă
- Efectuaţi toaleta regiunii vulvare cu apă şi săpun sau dezinfectaţi organele genitale folosind 6 tampoane: tampoanele 1 şi 2 - pentru labiile mari, tampoanele 3 şi 4 - pentru labiile mici, tampoanele 5 şi 6 - pentru meatul urinar
- Îndepărtaţi materialele folosite pentru toaletă şi aşezaţi între coapsele pacientei tăviţa renală
- Schimbaţi mănuşile de unică folosinţă cu cele sterile
- Evidenţiaţi meatul urinar
- Dezinfectaţi orificiul uretral de sus în jos, folosind 2-3 tampoane
- Prindeţi sonda între degetele mediu şi inelar ale mâinii dominante
- Lubrifiaţi în întregime cu ulei steril
- Orientaţi vârful sondei în sus, ţinând-o ca pe un creion în timpul scrisului
- Introduceţi sonda în uretră la o adâncime de 4-5 cm
- Continuaţi sondajul în funcţie de scopul propus: evacuare, recoltare, spălatură
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Ajutaţi pacienta să se îmbrace
- Reaşezaţi perna şi înveliţi pacienta
- Aşezaţi pacienta în poziţie comodă,
- Verificaţi dacă pacienta acuză disconfort
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi şi dezinfectaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Data, ora, scopul sondajului
- Numele persoanei care a efectuat procedura
- Aspectul şi cantitatea urinii eliminate / colectate
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacienta exprimă stare de confort
- Sondajul s-a efectuat fără incidente
Rezultate nedorite / Ce faceţi:
- Sonda nu se poate introduce
    - Alegeţi sonda mai subţire
    - Controlaţi dacă poziţia sondei este corectă
    - Verificaţi dacă pacienta nu are malformaţii ale meatului urinar
- Sonda a fost desterilizată în timpul manevrelor
    - Schimbaţi sonda
- Pacienta acuză dureri, sângerează
    - Anunţaţi medicul
- Sonda este înfundată cu cheaguri de sânge sau mucus
    - Încercaţi să desfundaţi prin aspirare
    - Schimbaţi sonda

FIŞA Nr. 7.4.
SONDAJUL VEZICAL LA BĂRBAT

OBIECTIVELE PROCEDURII
• Introducerea unei sonde urinare în vezica urinară pentru a facilita scurgerea urinii în vederea: - obţinerii unei mostre de urină pentru examene laborator
- evacuării conţinutului vezicii când aceasta no se produce spontan sau în caz de incontinenţă- - efectuării spălaturii vezicale
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă pentru materiale
- Sonde urinare sterile (Foley, Nelaton) de diferite dimensiuni
- Tăviţă renală
- Mănuşi sterile şi mănuşi de unică folosinţă
- Soluţii dezinfectante, tampoane şi comprese sterile
- Seringi
- Ser fiziologic sau apă sterilă
- Soluţii sterile pentru lubrifierea sondei
- Pungi colectoare
- Materiale pentru toaleta organelor genitale
- Muşama, traverse
- 1-2 eprubete sterile, 1-2 eprubete curate şi uscate
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul cu privire la necesitatea sondajului
- Obţineţi consimţământul şi colaborarea pacientului
- Asiguraţi intimitatea cu ajutorul uni paravan
b) FIZICĂ:
- Aşezaţi pacientul în decubit dorsal, cu picioarele întinse şi uşor depărtate, cu o pernă tare sub bazin
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Identificaţi pacientul
- Verificaţi recomandarea medicală
- Aşezaţi pacientul în poziţia recomandată
- Protejaţi patul cu aleză şi muşama
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşi (de unică folosinţă)
- Efectuaţi toaleta glandului cu apă şi săpun
- Dezinfectaţi glandul şi meatul urinar folosind 3 tampoane, cu ser fiziologic şi soluţie antiseptică
- Folosiţi al patrulea tampon pentru a dezinfecta încă o dată numai meatul urinar
- Îndepărtaţi materialele folosite pentru toaletă
- Schimbaţi mănuşile de unică folosinţă cu cele sterile
- Evidenţiaţi meatul urinar
- Prindeţi sonda cu mâna dominantă şi lubrifiaţi în întregime cu ulei de parafină steril
- Prindeţi extremitatea liberă a sondei între degetul mic şi inelar
- Introduceţi sonda în uretră la o adâncime de 10-15 cm, ţinând, cu cealaltă mână, penisul cât mai bine întins
- Continuaţi sondajul în funcţie de scopul propus: evacuare, recoltare, spălătură
- Recalolaţi prepuţul la sfârşitul procedurii
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Ajutaţi pacientul să se îmbrace
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Verificaţi dacă pacientul acuză disconfort
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi şi dezinfectaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:
- Data, ora, scopul sondajului
- Numele persoanei care a efectuat procedura
- Aspectul şi cantitatea urinii eliminate / colectate

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacientul exprimă stare de confort
- Sondajul s-a efectuat fără incidente

Rezultate nedorite / Ce faceţi:
- Sonda nu se poate introduce
    - Alegeţi sonda mai subţire
    - Controlaţi dacă poziţia sondei este corectă
    - Verificaţi dacă pacientul nu are malformaţii/stricturi ale meatului urinar
- Sonda a foist desterilizată în timpul manevrelor
    - Schimbaţi sonda
- Pacientul acuză dureri, sângerează
    - Anunţaţi medicul
- Sonda este înfundată cu cheaguri de sânge sau mucus
    - Încercaţi şi desfundaţi prin aspirare
    - Schimbaţji sonda

FIŞA Nr. 7.5.
SPĂLĂTURA VEZICALĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Introducerea printr-o sondă a unei soluţii medicamentoase în vezica urinară, pentru îndepărtarea exudatelor patologice şi pentru pregătirea în vederea unor explorări (cistoscopic, pielografie);
- Profilaxia şi tratamentul complicaţiilor în cazul sondei â demeure.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiţi:
- Materialele pentru sondajul vezical;
- Soluţie pentru spălătură 1l, recomandată de medic (Rivanol 0,1-2%, nitrat de Ag 1-4%
- Seringa Guyon

PREGĂTIREA PACIENTULUI
- Se face ca la sondajul vezical (vezi fişele 7.4. şi 7.5.)

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Executaţi paşii de la sondajul vezical evacuator (vezi fişele 7.4. şi 7.5.)
- Adaptaţi la sondă seringa Guyon şi introduceţi 80- 100ml soluţie încălzită la 37∞ cu o presiune moderată
- Detaşaţi seringa şi lăsaţi lichidul să se scurgă
- Repetaţi operaţia de câteva ori până când lichidul eliminat este limpede

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- La fel ca la sondajul vezical
- Închideţi sonda Foley sau adaptaţi o pungă colectoare dacă pacientul are sonda permanentă

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:
- Data, ora, soluţia folosită, aspectul lichidului;
- Comportamentul pacientului în timpul procedurii;

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

REZULTATE AŞTEPTATE/DORITE:
- Pacientul exprimă stare de confort, nu acuză dureri;
- Nu sunt semne de infecţie urinară, urina este limpede;

REZULTATE NEDORITE / CE FACEŢI
- Infundarea sondei cu exudate sau cheaguri de sânge;

- Insuflaţi aer sau câţiva ml soluţie dezinfectantă;
- Lezarea uretrei şi posibilă infecţie
  - Observaţi aspectul meatului urinar şi aspectul urinii
  - Măsuraţi temperatura corpului
  - Anunţaţi medicul dacă constataţi vreun semn de infecţie
  - Recoltaţi o probă de urină pentru a fi examinată la laborator

FIŞA Nr. 7.6.
SPĂLATURA VAGIALĂ
(IRIGAŢIA VAGINALĂ)

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Curăţirea regiunii de secreţii
- Îndepărtarea mirosului
- Prevenirea iritaţiei şi escoriaţiei
- Prevenirea infecţiei
- Promovarea confortului.

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Canula vaginală cu duza perforată (pentru reducerea presiunii lichidului)
- Soluţie la temperatura corpului (cantitatea şi tipul recomandate de medic)
- Irigator curat
- Pensă
- Gel pentru lubrifiere
- Tub de cauciuc cu pensă sau tub din material plastic cu clemă
- Tampoane de vată
- Stativ pentru suspendarea irigatorului
- Alezã, muşama
- Pled
- Mănuşi sterile

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Instruiţi pacienta şi explicaţi procedura şi motivele pentru care s-a recomandat
- Instruiţi pacienta să stea liniştită şi relaxată, să comunice eventualele senzaţii neplăcute
- Obţineţi consimţământul

b) FIZICĂ:
- Asiguraţi intimitatea
- Instruiţi pacienta să-şi golească vezica
- Asiguraţi poziţia corectă (ginecologică)

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Asamblaţi echipamentul şi verificaţi temperatura lichidului
- Identificaţi pacienta
- Verificaţi recomandarea medicală
- Explicaţi desfăşurarea procedurii
- Verificaţi dacă pacienta şi-a golit vezica
- Aşezaţi pacienta pe masa ginecologică
- Înveliţi pacienta cu un pled şi aşezaţi muşamaua şi aleza sub pacientă
- Spălaţi mâinile
- Clampaţi tubul şi puneţi în irigator soluţia la temperatura corpului
- Declampaţi tubul, evacuaţi aerul şi reclampaţi
- Îmbrăcaţi mănuşi sterile
- Spălaţi perineul cu tampoane de vată umezite cu apă caldă
- Începeţi curăţirea dinspre partea anterioară spre spate, folosind tamponul o singură dată
- Lubrifiaţi canula cu gel sau vaselină
- Agăţaţi punga/irigatorul în stativ la o înălţime de 50-70 cm de la simfiza pubiană

- Îndepărtaţi cu o mână labiile iar cu cealaltă introduceţi canula în vagin, înclinând-o spre faţă apoi spre spatele pacientei; introduceţi aproximativ 8 -10cm (la 10 -11cm se atinge fundul de sac vaginal)
- Îndepărtaţi pensa şi permiteţi soluţiei să curgă sub forţa gravitaţiei; rotiţi cu blândeţe canula în timpul irigaţiei
- Clampaţi tubul înainte de terminarea lichidului şi îndepărtaţi canula cu blândeţe
- Permiteţi pacientei să stea pe masă câteva minute pentru a elimina lichidul în totalitate
- Spălaţi regiunea vulvară cu apă şi săpun şi uscaţi bine cu un prosop
- Examinaţi aria perineală
- Examinaţi aspectul lichidului; dacă lichidul conţine mucus, puroi sau sânge prezentaţi medicului
- Îndepărtnţi mănuşile

ÎNGRIJIREA PACIENTEI
- Conduceţi pacienta la pat şi aşezaţi-o într-o poziţie confortabilă
- Verificaţi dacă pacienta are dureri
- Instruiţi pacienta cum să-şi facă singură spălătura dacă este nevoie

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Dezasamblaţi materialele
- Spălaţi materialele folosite şi aşezaţi-le în dulap
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:
- Data, ora, soluţia folosită, numele persoanei care a efectuat irigaţia
- Orice observaţie legată de starea pacientei sau aspectul local; durere, iritaţie, scurgeri
- Dacă pacienta a înţeles informaţiile

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:
- Spălătura s-a desfăşurat fără incidente, pacienta se simte bine
- Pacienta este cooperantă şi demonstrează înţelegerea informaţiilor primite
- Pacienta este capabilă să-şi efectueze spălătura

Rezultate nedorite / Ce faceţi:
• Pacienta acuză senzaţii neplăcute, durere
- Verificaţi: temperatura soluţiei, presiunea şi viteza de scurgere
- Verificaţi dacă pacienta şi-a golit vezica
- Scadeţi presiunea prin coborârea irigatorului sub 50cm

FIŞA Nr. 7.7.

CLISMA EVACUATORIE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Introducerea prin anus în rect şi colon a unor lichide pentru îndepărtarea materiilor fecale

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Masă de tratament sau tavă
- Irigator (recipient), tub de cauciuc cu diametrul de 10 mm şi lungimea de 1,5 - 2m
- Canulă rectală
- Tăviţă renală
- Muşuama, traversă
- Învelitoare de flanelă sau cearşeaf
- Substanţă lubrefiantă
- Casoleta cu comprese sterile
- Material pentru toaleta perineală
- Ploscă (bazinet)

- Stativ pentru irigator
- Apă caldă 35 - 37∞C (500-1000 ml adulţi, 250 ml adolescenţi, 150 ml copii)
- Sare (1 linguriţă/1 l apă)/ ulei (4 linguri/1 1 apă)/ glicerină (40 g/500 ml apă)/ săpun (1 linguriţă rasă/1 l apă)

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:
- Explicaţi pacientului procedura, solicitându-i colaborarea
- Explicaţi scopul procedurii, efectele aşteptate dar şi eventualele efecte nedorite
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ:
- Asiguraţi intimitatea pacientului (paravan)
- Dezbrăcaţi partea inferioară a corpului pacientului
- Poziţionaţi pacientul în decubit lateral stâng cu membrul inferior stâng întins şi membrul inferior drept flectat (în poziţie SIMS), cu anusul expus sau în decubil dorsal cu membrele inferioare flectate (în funcţie de starea şi confortul pacientului)
- Aşezaţi muşamaua şi aleza sub bazinul pacientului
- Aşezaţi bazinetul sub regiunea sacrală şi acoperiţi pacientul cu o învelitoare

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi prescripţia
- Spălaţi-vă pe mâini cu apă şi săpun
- Îmbrăcaţi mănuşile de unică folosinţă
- Poziţionaţi irigatorul (recipientul) pe stativ la o înălţime de 45 cm deasupra nivelului anusului pacientului şi eliminaţi aerul din tubul irigatorului după care închideţi circuitul
- Lubrifiaţi canula rectală pe o lungime de 5-7 cm (setul de unică folosinţă pentru clismă poate avea canula prelubrifiată)
- Îndepărtaţi fesele pacientului cu mâna stângă iar cu mâna dreaptă introduceţi canula 7-10 cm prin anus în rect, perpendicular pe suprafaţa subadiacentă, cu vârful îndreptat înainte, în direcţia vezicii urinare, prin mişcări de rotaţie, până învingeţi rezistenţa sfincterului anal
- Dacă rezistenţa se menţine şi după trecerea de anus, lăsaţi să se scurgă o cantitate mică din soluţia pentru clismă, retrageţi puţin canula şi apoi continuaţi introducerea, rugând pacientul să respire adânc de câteva ori - nu forţaţi introducerea canulei!
- Îndreptaţi vârful canulei în axul ampulei rectale
- Deschideţi circuitul şi introduceţi soluţia încet, pe o perioadă de 5 - 10 minute, comunicând în permanenţă cu pacientul pentru a afla cum se simte
- Înainte de terminarea soluţiei pensaţi tubul, extrageţi canula rectală şi aşezaţi-o în tăviţa renală
- Explicaţi-i pacientului că este nevoie să reţină soluţia timp de 10-15 minute
- Aduceţi pacientul în decubit lateral drept şi peste câteva minute în decubit dorsal pentru a facilita pătrunderea lichidului la o adâncime mai mare (dacă este posibil şi nu există contraindicaţii)
- Dacă pacientul se poate deplasa, va merge la toaletă -atenţionaţi pacientul să nu tragă apă înainte de a vă chema pentru a vedea rezultatul clismei!
- Folosiţi bazinetul pentru captarea scaunului, la pat, în cazul pacienţilor imobilizaţi
- Înlăturaţi mănuşile şi aruncaţi-le în recipientul special destinat
- Spălaţi-vă pe mâini

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- După eliminarea scaunului verificaţi starea de igienă a zonei anale şi dacă este nevoie oferiţi pacientului apă, săpun şi prosop
- Dacă pacientul este imobilizat efectuaţi toaleta zonei folosind un alt bazinet, urmând paşii descrişi în fişă "Captarea materiilor fecale în bazinet" (2.9.2)
- Verificaţi aspectul, culoarea şi cantitatea materiilor fecale eliminate

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Îndepărtaţi paravanul şi aerisiţi salonul
- Îndepărtaţi materialele utilizate iar pe cele refolosibile curăţaţi-le şi aşezaţi-le în locul obişnuit de depozitare
- Asiguraţi-vă că plosca a fost golită şi curăţată
- Spălaţi-vă pe mâini cu apă şi săpun

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:
- Efectuarea clismei
- Cantitatea, aspectul şi culoarea materiilor fecale în foaia de temperatură sau în planul de îngrijiri
- Consemnaţi eventuale aspecte patologice (culoare, consistenţă, prezenţa sângelui, puroiului, mucusului)
- Comportamentul pacientului pe durata procedurii

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:
- pacientul exprimă confort
- conţinutul intestinal gros este eliminat
- materiile fecale au aspect normal

Rezultate nedorite / Ce facem dacă:
- Canula întâmpină rezistenţă după pătrunderea în anus
  - nu forţaţi introducerea canulei
  - retrageţi uşor, lăsaţi să curgă o cantitate mică de apă şi continuaţi introducerea cu mişcări uşoare de rotaţie
- Pacientul acuză dureri, crampe, senzaţie puternică de defecaţie
  - presiunea sau viteza de introducere a lichidului este mare - opriţi câteva momente introducerea lichidului, coborâţi irigatorul sau reglaţi presiunea cu ajuiorul robinetului (dacă există)
- Pacientul este slăbit şi nu poate reţine lichidul
  - ţineţi fesele pacientului strânse ajutându-l să ţină lichidul

CAPITOLUL VIII - ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR

FIŞA Nr. 8.1.
ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ (LA ADULT)

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Introducerea în organism pe cale orală a unei cantităţi de medicamente care să acţioneze general sau local

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Pahare de unică folosinţă
- Pipetă, sticluţa picurătoare
- Medicamente prescrise
- Apă, ceai, alt lichid recomandat
- Lingură, linguriţă
- Apăsător de limbă
- Tavă sau măsuţă mobilă
- Mănuşi de unică folosinţă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul asupra efectului, gustului medicamentului
- Informaţi pacientul asupra eventualelor efecte secundare (reacţii adverse)
- Asiguraţi pacientul de inofensivitatea procedurii

b) FIZICĂ:
- Asiguraţi pacientului o poziţie comodă astfel încât să poată bea
- Verificaţi dacă sunt respectate condiţiile de administrare (înainte, după masă, etc)
- Tabletele şi capsulele sunt date cu apă pentru a preveni antagonizarea

proprietăţilor chimice ale medicamentelor
- Siropurile şi antiacidele lichide nu sunt urmate de ingestia de apa pentru că li se diminuează efectul
- Tabletele zdrobite sau lichidele pot fi amestecate cu o cantitate mică de mâncare dacă aceasta nu este contraindicată de dietă
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Aşezaţi materialele pe o tavă sau cărucior pentru tratament (măsuţă mobilă)
- Verificaţi prescripţia medicală : numele medicamentului, doza, modul de administrare;
- Identificaţi fiecare medicament pe care-l primişte pacientul: eticheta, ambalajul.
- Puneţi dozele ce trebuie administrate într-un păhărel din material plastic
- Verificaţi numărul salonului şi numele pacientului
- Duceţi tăviţa/măsuţa cu medicamentele în salon
- Explicaţi pacientului ce medicament primeşte, acţiunea acestuia, dacă are gust neplăcut
- Aşezaţi pacientul în poziţie şezând dacă nu e nici o contraindicaţie, sau o poziţie comodă în care să bea lichidul în funcţie de starea acestuia
- Serviţi pacientul cu doză unică
- Daţi-i paharul cu apă/suc/ceai şi asiguraţi-vă că pacientul a înghiţit toate medicamentele sau ajutaţi-l dacă nu poate să bea singur
- Instruiţi pacientul dacă după administrare trebuie păstreze o anumită poziţie
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Asiguraţi-vă că pacientul exprimă stare de confort
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Plasaţi medicamentele rămase în locul de păstrare adecvat
- Asiguraţi-vă că sunt îndeplinite condiţiile de păstrare
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Data, ora, medicamentul, doza, şi reacţia pacientului
- Refuzul pacientului
- Numele persoanei care a administrat medicamentul
- Dacă pacientul este capabil să-şi administreze singur medicamentele
• Transmiteţi informaţiile semnificative în scris şi verbal la schimbul de tură
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul este capabil să ingere şi să metabolizeze fără greaţă şi vărsături
- Pacientul acceptă medicamentele, este cooperant
- Pacientul simte acţiunea şi efectul medicamentului
Rezultate nedorite / Ce faceţi:
Pacientul/clientul nu cooperează, refuză medicamentele o întrebaţi medicul
- Pacientul/clientul acuză senzaţii de greaţă şi vomă
    - asiguraţi-vă că nu sunt mirosuri neplăcute în încăpere - aerisiţi
    - invitaţi pacientul să inspire profund
    - rămâneţi cu pacientul până când se simte bine
    - dacă este cazul, anunţaţi medicul
- Pacientul are reacţie alergică sau anafilactică
    - opriţi administrarea
    - anunţaţi medicul
    - pregătiţi medicamente antihistaminice
- Reacţia este severă
    - aşezaţi pacientul în decubil dorsal cu capul puţin ridicat
    - evaluaţi semnele vitale la 10- 15'
    - urmăriţi dacă prezintă hipotensiune sau are dificultate în respiraţie
    - dacă are dificultăţi respiratorii administraţi O2 pe mască, 6l/min.

- pregătiţi o trusă de urgenţă pe care s-o aveţi la îndemână
- asiguraţi suport psihologic pacientului pentru a reduce anxietatea
- notaţi tipul şi evoluţia reacţiei alergice

FIŞA Nr. 8.2.
ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE ORALĂ
(LA COPIL)

OBIECTIVELE PROCEDURII
• Introducerea în organism pe cale orală a unei cantităţi de medicamente care să acţioneze generic sau local.
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Pahare de unică folosinţă
- Pipetă, sticluţă picurătoare
- Medicamente prescrise
- Apă, ceai, alt lichid recomandat
- Lingură, linguriţă
- Apăsător de limbă
- Tavă sau măsuţă mobilă
- Mănuşi de unică folosinţă
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- folosiţi o metoda de joacă pentru a obţine cooperarea
- informaţi copilul că va primi un medicament şi nu bomboane
- informaţi asupra efectului şi reacţiilor adverse
- explicaţi părinţilor rolul medicamentului, importanţa administrării, acţiunea şi eventualele reacţii adverse
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi o poziţie corespunzătoare în raport cu starea copilului
- Verificaţi dacă sunt îndeplinite condiţiile pentru administrare
- Dacă nu există nici o contraindicaţie înlocuiţi apa cu alt lichid, de preferat dulce (suc, ceai) - nu folosiţi alimente sau lichide preferate deoarece copilul le-ar putea refuza mai târziu!
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Aşezaţi materialele pe o lavă sau cărucior pentru tratament (măsuţă mobilă)
- Verificaţi prescripţia medicală : numele medicamentului, doza, modul de administrare, calea de administrare
- Identificaţi fiecare medicament pe care-l primeşte pacientul: eticheta, ambalajul.
- Puneţi dozele ce trebuie administrate într-un păhărel din material plastic
- Verificaţi numărul salonului şi numele pacientului
- Duceţi tăviţa/măsuţa cu medicamentele în salon
- Explicaţi pacientului/părinţilor ce medicament primeşte, acţiunea acestuia, dacă are gust neplăcut
- Aşezaţi pacientul în poziţie şezând dacă nu e nici o contraindicaţie, sau o poziţie comodă în care să poată bea lichidul în funcţie de starea acestuia
- Serviţi pacientul cu doză unică
- Zdrobiţi sau fragmentaţi tabletele pentru a fi mai uşor de ingerabile
- Folosiţi o cantitate mai mică de lichid pentru a coopera mai uşor
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Asiguraţi-vă că pacientul exprimă stare de confort, nu varsă
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Plasaţi medicamentele rămase în locul de păstrare adecvat
- Asiguraţi-vă că sunt îndeplinite condiţiile de păstrare
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:
- data, ora, medicamentul, doza şi reacţia pacientului
- refuzul pacientului
- numele persoanei care a administrat medicamentul
- dacă pacientul/familia poate continua administrarea tratamentului fără supraveghere
• Transmiteţi informaţiile semnificative în scris şi verbal la schimbul de tură
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul este capabil să ingere şi să metabolizeze fără greaţă şi vărsături
- Pacientul acceptă medicamentele, este cooperant
- Pacientul simte acţiunea şi efectul medicamentului
Rezultate nedorite
• Ce facem dacă:
1. Pacientul nu cooperează, refuză medicamentele
- anunţaţi medicul
2. Pacientul acuză senzaţie de greaţă şi vomă
- asiguraţi-vă că nu sunt mirosuri neplăcute în încăpere (aerisiţi)
- invitaţi pacientul să inspire profund
- rămâneţi cu pacientul până când se simte bine
- dacă este cazul, anunţaţi medicul
3. Pacientul are reacţie alergică sau anafilactică
- opriţi administrarea
- anunţaţi medicul
- pregătiţi medicamente antihistaminice
• Dacă reacţia este severă:
- aşezaţi pacientul în decubit cu capul puţin ridicat evaluaţi semnele vilale la 10- 15'
- urmăriţi dacă prezintă hipotensiune sau are dificultate în respiraţie
- dacă are dificultăţi respiratorii administraţi O2 pe mască, 6l/min.
- pregătiţi o trusă de urgenţă pe care s-o aveţi la îndemână
- asiguraţi suport psihologic pacientului pentru a reduce anxietatea
- notaţi tipul şi evoluţia reacţiei alergice

FIŞA Nr. 8.3.
ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE TEGUMENTE

OBIECTIVELE PROCEDURII
• Obţinerea unui efect local asupra tegumentelor,
• Stimularea circulaţiei
• Diminuarea efectului medicamentului printr-o absorbţie msi lentă.
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Medicamentele, prescrise (lichide, pudre, unguente, alifii, mixturi, plasturi)
- Mănuşi de cauciuc
- Comprese, tampoane, spatulă
- Pense porttampon, spatulă
- Material pentru protecţia patului
- Tavă sau carucior pentru medicamente
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul asupra efectului medicamentului
- Explicaţi pacientului metodele de administrare a medicamentelor: badijonare, pudraj, comprese medicamentoase
- Informaţi pacientul asupra senzaţiilor pe care le poatle simţi
- Informaţi asupra eventualelor alergii
b) FIZICĂ:

- Asiguraţi imunitatea
- Asiguraţi poziţia adecvată în funcţie de zona pe care urmează să se aplice medicamentul
- Sfătuiţi pacientul să stea relaxat

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregatiţi materialele pe o tavă sau un cărucior
- Verificaţi recomandarea medicală
- Identificaţi pacientul; identificaţi eventualele leziuni care contraindică administrarea
- Asiguraţi intimitatea
- Aşezaţi pacientul în poziţie adecvată
- Spălaţi mâinile
- Îmbrăcaţi mănuşi de cauciuc

a) Aplicarea unguentelor şi alifiilor

- Scoateţi medicamentul din tub prin apăsare sau din cutie cu ajutorul spatulei
- Întindeţi cu blândeţe un strat subţire cu mâna îmbrăcată în mănuşă sau cu spatulă.
- Protejaţi pielea cu un pansament dacă e necesar, astfel încât medicamentul să nu fie îndepărtat
- Curăţaţi suprafaţa pielii între două aplicări cu excepţia situaţiilor în care medicul recomandă astfel.

b) Aplicarea lichidelor

- Întindeţi soluţia medicamentoasă cu ajutorul unui tampon
- Lăsaţi pielea să se usuce
- Protejaţi cu un pansament dacă soluţia folosită e colorată
- Curăţaţi suprafaţa pielii între două aplicări cu excepţia situaţiilor în care medicul recomandă altfel;

c) Aplicarea medicamentelor vasodilatatoare

- Punenţi mănuşi de cauciuc pentru a preveni absorbţia medicamntelor de propriile tegumente
- Aplicaţi plasturele pe toracele anterior sau pe altă zonă a corpului indicată de medic
- Alternaţi locurile la fiecare doză medicamentoasă

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Observaţi eventualele reacţii locale
- Instruiţi pacientul/familia dacă este nevoie de continuarea tratamentului la domiciliu

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Puneţi medicamentele în locul de păstrare şi asiguraţi-vă că există condiţii adecvate
- Îndepărtaţi compresele, tampoanele folosite
- Spălaţi măinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:

- Data, ora, medicamentul, modul de administrare, numele nursei
- Orice observaţie legală de starea pacientului, aspectul local al tegumentelor
- Reacţia pacientului la procedură
- Ce a învăţat pacientul din informaţiile furnizate

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:

- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort, nu acuză reacţii neplăcute
- Pacientul este cooperant şi demonstrează înţelegerea informaţiilor primite

Rezultate nedorite /Ce faceţi ?

- Pacientul acuză efectuarea cu brutalitate a manevrelor
    - Liniştiţi pacientul (vă cereţi scuze şi explicaţi, dacă este cazul, că manevra în sine poate fi dureroasă)

- Pacientul acuză senzaţii neplăcute: usturime, înţepături
- Explicaţi pacientului, dacă este cazul, că senzaţiile fac parte din efectul medicamentelor
- Pe suprafaţa tratată apare înroşirea sau alte semne de alergie
- Observaţi starea, anunţaţi medicul şi transmiteţi informaţiile prin raportul de activitate

FIŞANr.8.4.
ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE MUCOASA CONJUNCTIVALĂ
(COLIRURI, UNGUENTE)

OBIECTIVUL PROCEDURII
Administrarea medicamentelor în sacul conjnnctival pentru a obţine un efect terapeutic
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală/cărucior pentru medicamente
- Picături (coliruri) sau unguente prescrise de medic
- Ser fiziologic steril
- Comprese de tifon sterile
- Şerveţele
- Pipetă
- Mănuşi sterile
- Recipient pentru colectarea materialelor folosite
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul/ clientul şi explicaţi procedura
- Explicaţi efectul terapeutic şi eventualele reacţii
- Informaţi asupra eventualelor alergii
- Instruiţi pacientul/clientul să nu se mişte
- Subliniaţi şi clarificaţi explicaţiile medicului despre boală
- Explicaţi orice altă recomandare terapeutică adiţională
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi intimitatea
- Asiguraţi poziţia corectă - decubit dorsal sau şezând cu capul dat pe spate
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Pregătiţi materialele pe o tavă medicală
- Verificaţi recomandarea medicală
- Identificaţi pacientul/clientul
- Atenţionaţi pacientul/clientul să nu se mişte în timpul procedurii
- Asiguraţi o lumină adecvată
- Poziţionaţi pacientul / clientul culcat sau şezând cu capul dat pe spate
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun/ îmbrăcaţi mănuşi sterile
- Deschideţi fanta palpebrală din interior spre exterior folosind comprese sterile îmbibate în ser fiziologic
- Aspiraţi cu pipeta cantitatea de soluţie necesară (deschideţi tubul cu unguent)
- Protejându-vă degetele cu comprese sterile, trageţi blând pleoapa inferioară pentru a evidenţia sacul conjunctival
- Instruiţi pacientul/ clientul să privească în sus şi înapoi pentru a proteja corneea, sub pleoapa superioară şi pentru a preveni clipitul în momentul când vă apropiaţi cu pipeta sau tubul
- Sprijiniţi mâna care ţine medicamentul pe fruntea pacientului pentru a evita rănirea cu pipeta sau vârful tubului dacă pacientul se mişcă plasaţi pipeta sau vârful tubului cu unguent deasupra sacului conjunctival la l-2cm
- Instilaţi numărul de picături prescris sau aplicaţi aproximativ 1cm liniar din unguent, pe suprafaţa pleoapei inferioare;
NU ATINGEŢI PIPETA, TUBUL, DE OCHIUL PACIENTULUI/ CLIENTULUI
- Eliberaţi pleoapa inferioară

- Instruiţi pacientul/clientul să închidă ochiul şi să-şi mişte globul ocular pentru a împrăştia medicamentul
- Îndepărtaţi orice exces de medicament din jurul ochiului cu o compresă sterilă sau un şerveţel
- Spălaţi-vă pe mâini, schimbaţi mănuşile şi repetaţi intervenţiile pentru celălalt ochi dacă este necesar

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Observaţi eventualele reacţii locale: congestii, lăcrimare, prurit

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Puneţi medicamentele la locul de păstrare
- Asiguraţi-vă că sunt condiţii oprime pentru păstarea medicamentelor deschise
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:
- Data, ora, medicamentul, calea de administrare
- Numele asistentei care a administrat medicamentul
- Orice observaţie legată de starea pacientului/ clientului sau aspectul local: secreţii, roşeată, senzaţie de corp străin
- Reacţia pacientului/ clientului la procedură .
- Ce a învăţat pacientul/clientul legat de contiunuitatea tratamentului

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul/clientul exprimă stare de confort, nu acuză reacţii neplăcute: usturime, lăcrimare, înglodeală
- Pacientul/clientul este cooperant şi demonstrează înţelegerea informaţiilor primite

Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- Pacientul nu cooperează şi există risc de lezare a corneei
  - întrebaţi medicul

-Pacientul/clientul acuză senzaţii neplăcute (usturime, lăcrimare, înglodeală, arsură, hiperemie)
  - explicaţi pacientului/clientului că sunt efecte ale medicamentului
  - anunţaţi medicul dacă acestea nu sunt obişnuite în cazul administrării medicamentului recomandat)

• Semnalaţi medicului orice manifestare ieşită din comun: vedere neclară, diplopie, cefalee, palpitaţii.

NU FOLOSIŢI ACELEAŞI TAMPOANE SAU COMPRESE LA AMBII OCHI!

FIŞA Nr. 8.5.

ADMINISTRAREA MEDlCAMENTELOR PE CALE NAZALA

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Introducerea medicamentelor pe cale nazală pentru tratarea problemelor locale

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Medicamentele prescrise
- Tavă sau cărucior pentru medicamente
- Pipetă/sticlă picurător
- Şerveţele

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:
- Explicaţi necesitatea procedurii şi a poziţiei pentru instilaţii nazale
- Explicaţi efectul terapeutic şi necesitatea menţinerii poziţiei timp de 5'
- Identificaţi eventualele alergii cunoscute de pacient

b) FIZICĂ:
- Asiguraţi poziţia adecvata pentru ca medicamentul să nu ajungă în faringe,

deoarece va fi înghiţit iar efectul va fi influenţat;
- Capul pacientului se aşează pe o pernă la marginea patului în funcţie de zona afectată
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Pregătiţi materialele pe o tavă sau un cărucior pentru tratamente
- Verificaţi recomandarea medicală
- Identificaţi pacientul
- Rugaţi pacientul să nu se mişte
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Asiguraţi lumina adecvată
- Aşezaţi pacientul într-una din cele trei poziţii pentru a permite medicamentelor să ajungă în zona afectată:
a) În decubit dorsal cu capul uşor înclinat spre zona afectată pentru trompa lui Eustachio
b) În decubit dorsal cu umerii sprijiniţi pe o pernă, cu capul în extensie pentru sinusurile etmoidal şi sfenoidal
c) În decubit dorsal cu umerii sprijiniţi pe pernă, cu capul în hiperextensie întors spre partea afectată pentru sinusurile frontale şi maxilare
- Daţi pacientului şerveţele
- Aspiraţi în pipetă cantitatea de medicament necesară
- Introduceţi vârful pipetei exact în nară
- Instilaţi cantitatea necesară numărând picăturile
- Instruiţi pacientul să menţină poziţia timp de 5' pentru a preveni scurgerea în afară sau spre gât a medicamentului
- Absorbiţi excesul de medicamente şi explicaţi pacientului să nu sufle nasul
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Observaţi starea pacientului
- Informaţi pacientul în cât timp se instalează efectul;
- Instruiţi pacientul/familia cum să procedeze dacă va trebui să continue tratamentul la domiciliu
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Puneţi medicamentele şi pipeta în locul de păstrare
- Asiguraţi-vă că sunt condiţii optime pentru păstrarea medicamentelor (sticluţelor) deschise
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Data, ora, medicamentul, doza, calea de administrare, numele nursei care a administrat
- Orice observaţie legată de starea pacientului sau aspectul local
• Transmiteţi informaţiile semnificative în scris şi verbal la schimbul de tură
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul respiră pe nas, cu uşurinţă
- Pacientul nu acuză reacţii neplăcute
- Pacientul este cooperant şi demonstrează înţelegerea informaţiilor primite
Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- La atingerea firelor de păr din nas se declanşează strănutul:
  - Acţionaţi cu grijă în timpul administrării
  - Oferiţi pacientului şervetele şi instruiţi-l să-şi acopere nasul şi gura cu un şerveţel dacă îi vine să strănute
- Pacientul acuză senzaţie de înţepătură sau uscăciune a mucoasei:
  - Explicaţi pacientului că senzaţia este trecătoare
  - Dacă manifestările se menţin, anunţaţi medicul
-Pacientul acuză cefalce, palpitaţii, insomnii (mai ales la bătrâni şi copii):
  - Anunţaţi medicul

- Aspirarea soluţiei în fosa nazală favorizează scurgerea acesteia în laringe provocând accese de tuse (spasme)
- Liniştiţi pacientul, anunţaţi medicul

ATENŢIE!
- Folosiţi pipeta pentru un singur pacient!
- Deşi cavitatea nazală este sterilă, respectaţi normele de asepsie şi antisepsie deoarece există legături cu sinusurile!

FIŞA Nr. 8.6.
ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR ÎN CONDUCTUL AUDITIV EXTERN (INSTILAŢIA)

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Introducerea medicamentelor în conductul auditiv pentru a obţine un efect terapeutic
- Înmuierea dopului de cerumen

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Medicamentele prescrise, soluţii la temperatura corpului
- Pipete
- Tampoane de vată, comprese de tifon
- Ser fiziologic (opţional)
- Tavă medicală/cărucior de materiale

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul şi explicaţi procedura
- Explicaţi efectul terapeutic şi eventualele senzaţii neplăcute
- Întrebaţi pacientul dacă este alergic
- Obţineţi consimţământul

b) FIZICĂ:
- Poziţionaţi corect pacientul în funcţie de partea afectată
- Asiguraţi intimitatea

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Pregătiţi materialele pe o tavă sau un cărucior pentru tratamente
- Verificaţi recomandarea medicala
- Identificaţi pacientul şi asiguraţi-vă că timpanul este întreg
- Explicaţi pacientului procedura în funcţie de nivelul său de înţelegere şi colaborare
- Instruiţi pacientul să nu se mişte în timpul procedurii
- Asiguraţi lumina adecvată
- Aşezaţi pacientul în decubit lateral pe partea sănătoasă
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Curăţaţi pavilionul urechii şi partea externă a conductului auditiv cu tampoane de vată umezite cu ser fiziologic dacă este necesar
- Aspiraţi soluţia în pipetă
- Cu o mână trageţi de pavilion în sus şi spre spate pentru adulţi, şi în jos şi spre spate pentru copii (ţinând seama de poziţia anatomică a conductului auditiv în funcţie de vârstă)
- Aşezaţi cealaltă mână pe capul pacientului pentru a evita lezarea în caz de mişcare
- Instilaţi cantitatea de medicament prescrisă direcţionând fluxul spre canalul auditiv
- Nu atingeţi cu pipeta
- Aspiraţi excesul de medicament cu o compresă şi ţineţi capul pacientului în poziţia în care a fost 10-15' pentru a evita scurgerea soluţiei

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă după scurgerea timpului de 15'
- Introduceţi un tampon uscat în ureche dacă timpanul este integru; dacă timpanul este perforat utilizaţi un tampon steril

- Întrebaţi pacientul dacă prezintă vreo manifestare neplăcută mai ales după administrări repetate
- Instruiţi pacientul/familia cum să procedeze dacă este necesară continuarea administrării la domiciliu

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Puneţi medicamentele şi pipeta în locul de păstrare şi asiguraţi-vă că sunt îndeplinite condiţiile optime de depozitare
- Îndepărtaţi materialele folosite respectând precauţiunile universale (PU)
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:

- Data, ora, medicamentul, doza, numele nursei care a administrat
- Orice observaţie legată de starea pacientului şi raportaţi corect la schimbarea turei
- Reacţia pacientului la procedură
- Ce a învăţat pacientul în legătură cu eventuală continuare a tratamentului

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:

- Medicamentele au fost administrate fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort şi diminuarea acuzelor
- Pacientul este cooperant şi demonstrează înţelegerea informaţiilor primite

Rezultate nedorite / Ce faceţi ?

- Pacientul nu cooperează
  - explicaţi încă o dată necesitatea administrării şi accentuaţi recomandarea medicală - - Pacientul acuză senzaţii neplăcute
  - soluţia nu are temperatura corespunzătoare sau nu s-a poziţionat corect pavilionul - Pacientul prezintă sensibilitate sau iritaţii locale.
  - anunţaţi medicul

FIŞA Nr. 8.7.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE VAGINALĂ
(GLOBULE, OVULE, COMPRIMATE)

OBIECTIVELE PROCEDURII

• Aplicarea pe mucoasa vaginală a unor medicamente cu efect local.

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Medicamentele prescrise: globule, ovule, tablete
- Materiale pentru spălătura vaginală (dacă este recomandată)
- Mănuşi de cauciuc
- Paravan
- Comprese de tifon

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicaţi necesitatea şi eficacitatea procedurii
- Explicaţi efectul terapeutic
- Asiguraţi pacienta de inofensivitatea procedurii şi de respectarea intimităţii
- Obţineţi consimţământul

b) FIZICĂ:

- Asiguraţi poziţia ginecologică (decubit dorsal cu coapsele flectate sau eventual decubit lateral)
- Efectuaţi spălătura vaginală dacă aceasta este recomandată de medic înainte de începerea tratamentului

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Pregătiţi materialele pe o tavă sau un cărucior pentru medicamente
- Verificaţi prescripţia medicală
- Identificaţi pacienta
- Duceţi medicamentele în salon

- Explicaţi manevra
- Asiguraţi intimitatea
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşi de cauciuc
- Aşezaţi pacienta în poziţie ginecologică sau SIMS
- Scoateţi medicamentul din ambalaj
- Cu o mană îndepărtaţi labiile folosind două comprese şi evidenţiaţi orificiul vaginal
- Introduceţi medicamentul în canalul vaginal împingându-l uşor cu degetul îmbrăcat în mănuşă până în fundul de sac
- Instruiţi pacienta să stea în decubit 15' pentru a favoriza topirea şi absorbţia

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

Reveniţi după 15' pentru a vedea starea pacientei
- Aşezaţi pacienta în poziţie comodă
- Asiguraţi un tampon de vată pentru a preveni disconfortul
- Instruiţi pacienta cum să procedeze dacă se va continua tratamentul la domiciliu

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Plasaţi medicamentele rămase în locul de păstrare adecvat
- Îndepărtaţi ambalajele
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:
- Data, ora, medicamentul, doza, numele nursei
- Existenţa iritaţiei, a scurgerilor vaginale, leziuni, vegetaţii, eventual ruptură de perineu

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentul este introdus fără incidente
- Pacienta respectă recomandările
- Pacienta exprimă starea de confort
- Pacienta este cooperantă, înţelege informaţiile primite

Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- Pacienta acuză durere în timpul introducerii medicamentului
    - Lucraţi cu blândeţe
- Pacienta este incapabilă să reţină medicamentul
    - Se recomandă prelungirea repausului
    - Se anunţă medicul pentru a schimba eventual calea de administrare
- Pacienta acuză senzaţii locale neplăcute
    - Se anunţă medicul

FIŞANr.8.8.

ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE RECTALĂ
(SUPOZITOARE)

OBIECTIVELE PROCEDURII

• Folosirea unei căi alternative de administrare în cazul intoleranţei digestive (vărsături).
• Medicamentul are gust neplăcut, influenţează activitatea hepatică sau are efect iritant al mucoasei gastrice.
• Se inactivează sub influenţa sucurilor gastrice

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Supozitoarele prescrise
- Mănuşi sau degete de mănuşă
- Paravan, draperie
- Tavă/cărucior pentru medicamente
- Vaselină
- Materiale pentru clismă dacă este cazul

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:
- Explicaţi necesitatea sau eficacitatea procedurii
- Explicaţi efectul terapeutic şi avantajele
- Identificaţi eventualele alergii
- Asiguraţi pacientul/clientul că se va respecta intimitatea
- Obţineţi consimţământul
- Explicaţi pacientului/clientului că poate apare senzaţia de defecaţie pe care trebuie să o stăpânească
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi poziţia de decubit lateral stâng
- Efectuaţi clisma evacuatoare la indicaţia medicului
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Pregătiţi materialele pe o tavă /cărucior pentru medicamente
- Verificaţi prescripţia medicală
- Identificaţi pacientul/clientul
- Duceţi medicamentele în salon
- Explicaţi manevra
- Asiguraţi intimitatea cu un paravan
- Spălaţi mâinile şi îmbrăcaţi mănuşile (sau aplicaţi degetul de mănuşă)
- Aşezaţi pacientul/clientul în decubit lateral stâng cu piciorul de jos întins şi cel de deasupra flectat (poziţia Sims)
- Îndepărtaţifolia de pe supozitor
- Puneţi vaselină pe capul supozitorului pentru a permite alunecarea acestuia
- Cu o mână îndepărtaţi uşor fesele şi evidenţiaţi orificiul anal
- Cu degetul îmbrăcat în mănuşă introduceţi supozitorul în canalul rectal dincolo de sfincterul intern
- Instruiţi pacientul/clientul să stea liniştit 15 minute pentru a favoriza absorţia medicamentului
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă după 15 minute
- Observaţi efectul medicamentului şi informaţi pacientul/clientul când instalează acesta şi cât durează
- Instruiţi pacientul/clientul cum se procedează dacă trebuie să continue tratamentul la domiciliu
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Plasaţi supozitoarele rămase într-un loc adecvat pentru păstrare
- Îndepărtaţi ambalajele
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Data, ora, medicamentul, doza, calea de administrare
- Numele asistentei care a administrat medicamentul
- Existenţa iritaţiei sau sângerării, a hemoroizilor
- Continenţa/incontinenţa sfincterului
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- purgaţia, calmarea durerii, atenuarea tranzitului, scăderea febrei exprimate prin creşterea gradului de confort
- supozitorul nu a fost eliminat.
- pacientul demonstrează că a înţeles informaţiile
Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- Rezultatul aşteptat nu apare
    - liniştiţi pacientul/clientul, anunţaţi medicul
- Supozitorul este eliminat, efectul nu se poate instala
    - rămâneţi lângă pacient/client, încurajaţi-l şi menţineţi fesele strânse cel puţin 15min.

FIŞA Nr. 8.9.
ADMINISTRAREA OXIGENULUI PRIN SONDĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
1. Aprovizionarea ţesuturilor cu oxigen în caz de hipoxie
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Sondă de cauciuc sau material plastic, sterilă
- Leucoplast
- Mănuşi de cauciuc
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ: - dacă este conştient:
- Informaţi pacientul asupra necesităţii administrării oxigenului
- Explicaţi procedura pentru a obţine colaborarea
- Asiguraţi pacientul de inofensivitatea procedurii;
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi pacientului o poziţie comodă
- Verificaţi libertatea căilor respiratorii
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi prescripţia medicală şi debitul de O2 recomandat pe minut
- Identificaţi pacientul şi stabiliţi o relaţie deo colaborare
- Măsuraţi distanţa de la narină până la lobul urechii (aproximativ 6-8 cm)
- Introduceţi sonda în narină perpendicular pe planul feţei pentru a nu lovi cornetele nazale (când se înclină în sus) sau planşeul fosei nazale (când se înclină în jos)
- Umeziţi sonda pentru a favoriza înaintarea
- Asiguraţi-vă că sonda a ajuns la profunzimea dorită
- Fixaţi sonda cu leucoplast
- Fixaţi debitul (6 l/min) conform prescripţiei
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Supravegheaţi bolnavul şi controlaţi frecvent permeabilitatea sondei, observaţi faciesul
- Asiguraţi îngrijirea nasului şi cavităţii bucale deoarece O2 usucă mucoasa
- Schimbaţi zilnic sonda şi narina folosind mănuşi
- Controlaţi frecvenţa respiraţiei
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Îndepărtaţi sondele de unică folosinţă
- Curăţaţi sondele de cauciuc şi pregătiţi pentru sterilizare
- Când indicaţia de administrare a oxigenului încetează, îndepărtaţi cu grijă sursa de oxigen
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi data şi ora începutului şi sfârşitului oxigenoterapiei
- Notaţi debitul /min
- Notaţi reacţia pacientului, semnele vitale (în special respiraţia), culoarea tegumentelor, schimbări ale stării de conştienţă
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacientul are respiraţie normală sau prezintă ameliorare a stării iniţiale
- Pacientul exprimă stare de confort, prezintă tegumente normal colorate, mucoasele sunt intacte.
Rezolute nedorite /Ce faceţi?
- Sonda iese în afară deoarece nu a fost introdusă corect
  - repetaţi cu atenţie manevra de introducere şi asiguraţi-vă că s-a atins profunzimea necesară - Pacientul se balonează
  - sonda a fost introdusă prea profund şi O2 ajunge în stomac; retragepţi sonda până aproape de vălul palatin
- Mucoasele pacientului sunt uscate, iritate
  - reduceţi presiunea oxigenului dacă observaţi deprimarea funcţiei

respiratorii şi anunţaţi medicul
- verificaţi funcţionarea umidificatorului
- schimbaţi narina la introducerea sondei
- mobilizaţi din când în când sonda

FIŞA Nr. 8.10. ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR PE CALE PARENTERALĂ

FIŞA Nr. 8.10.1. ASPIRAREA MEDICAMENTULUI DIN FIOLĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Administrarea meditaţiei injectabile în mod steril;
- Administrarea unei singure doze din medicaţia injectabilă
APRECIERE
a) Date obiective
- Revedeţi prescripţia medicală
- Obţineţi orice informaţie despre medicament pentru a vedea dacă este eligibil, periculos sau nesigur
- Stabiliţi dacă conţinutul fiolei nu este expirat
- Observaţi fiola pentru claritatea soluţiei
b) Date subiective
- Întrebaţi pacientul despre posibile alergii la medicamente
- Determinaţi cunoştinţele pacientului şi experienţa sa în primirea medicaţiei injectabile
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală/cărucior
- Fiolă cu medicamentul prescris
- Prescripţia medicală, prospectul
- Seringa şi acele sterile adecvate medicaţiei şi clientului
- Comprese sau tampoane cu alcool
- Recipiente pentru colectarea deşeurilor
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Spălaţi-vă mâinile
- Bateţi uşor gâtul fiolei sau efectuaţi o răsucire rapidă din articulaţia mâinii în timp ce ţineţi fiola vertical
- Luaţi o mică compresă de tifon cu alcool pentru ruperea gâtului fiolei de-a lungul liniei pretăiate
- Îndepărtaţi capacul de la ac prin tracţiune
- Introduceţi acul în fiolă, cu atenţie pentru a nu atinge marginea fiolei
- Aspiraţi soluţia medicamentoasă în cantitatea prescrisă, înclinând uşor fiola
- Eliminaţi bulele de aer care se formează în seringă: recapsulaţi acul
- Aruncaţi fiola în containerul special după ce mai citiţi odată inscripţia
- Spălaţi-vă mâinile
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Gâtul fiolei se rupe fără să se spargă
- Nu se produc leziuni ale mâinilor la deschiderea fiolei
- Pacientul nu are istoric de alergie medicamentoasă
Rezultate nedorite /Ce faceţi ?
- Soluţia este precipitată, decolorata sau expifăl jj.
    - Folosiţi altă fiolă
- Cioburile de sticlă cad în fiolă când gâtul fiolei; se sparge la deschidere
    - Aruncat fiola
    - Folosiţi altă fiolă
- Nursa suferă tăieturi ale degetelor când încearcă să rupă gâtul fiolei
    - Protejaţi-vă înainte
    - Pansaţi-vă steril
- Pacientul are istoric de alergie la medicament şi trebuie testat

- Efectuaţi testul la indicaţia şi în prezenţa medicului
- Pacientul dezvoltă reacţii de sensibilizare la testare
- Interveniţi conform prescripţiei medicale

FIŞA Nr. 8.10.2.
INJECŢIA INTRADERMICA

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Injectarea de alergeni în piele ca metodă de diagnostic pentru aprecierea reacţiei la alergeni.
- Testarea la tuberculină sau PPD.
- Testarea unor medicamente cu potenţial de sensibilizare a organismului (antibiotice, anestezice)

PREGĂTIREA MATERIALELOR
Pregătiţi următoarele materiale:
- Tavă medicală/cărucior
- Substanţa sau medicamentul prescris
- Seringi sterile de 1 ml cu dozaj corespunzător
- Ace sterile fine, cu bizoul scurt
- Comprese sau tampoane cu alcool
- Recipiente pentru colectarea deşeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Explicaţi scopul injecţiei, efectele dorite şi nedorite
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ:
- Asiguraţi intimitatea pacientului
- Cercetaţi zonele de elecţie: regiunea anterioară a antebraţului, faţa externă a braţului şi a coapsei
- Stabiliţi locul pentru injecţie evitând zonele pigmentate, decolorate sau infectate
- Poziţionaţi pacientul în funcţie de locul selectat şi de starea sa: decubit dorsal, poziţie şezândă sau semişezândă

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi prescripţia medicală
- Obţineţi informaţii suplimentare despre medicament, dozare, efectele posibile
- Intervievaţi pacientul pentru a identifica profilul alergologic al acestuia precum şi experienţa legată de testare
- Spălaţi-vă mâinile, folosiţi mănuşi de unică folosinţă
- Efectuaţi diluţia necesară şi stabiliţi doza corectă conform procedurii standard, acolo unde este cazul
- Aspiraţi soluţia în seringă respectând procedura
- Eliminaţi aerul din seringă
- Dezinfectaţi zona aleasă cu alcool şi lăsaţi pielea să se usuce
- Îndepărtaţi capacul de la ac prin tracţiune
- Întindeţi pielea din zona injecţiei folosind policele mâinii nedominante
- Poziţionaţi seringa astfel încât acul să fie aproape paralel (tangent) cu pielea pacientului şi cu bizoul orientat în sus
- Introduceţi acul în straturile cele mai superficiale ale pielii, aproximativ 4mm, astfel încât vârful să fie vizibil prin piele
- Injectaţi lent soluţia împingând pistonul, fără să aspiraţi
- Observaţi formarea la locul inoculării, a unei papule albe cu diametrul de 5-6 mm
- Extrageţi rapid acul fără să masaţi locul
- Îndepărtaţi mănuşile de unică folosinţă

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Ajutaţi pacientul să adopte o poziţie confortabilă şi să rămână în repaus la pat
- Menţineţi zona injecţiei accesibilă observaţiei
- Supravegheaţi atent pacientul după testarea sensibilităţii la anumite medicamente (antibiotice, anestezice) sau alergeni
- Citiţi reacţia locală după 20 - 30 de minute sau 48 - 72 de ore (în funcţie de situaţie)
- Anunţaţi medicul şi interveniţi de urgenţă în caz de complicaţii

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Aruncaţi materialele folosite în containere speciale; acul se aruncă necapisonat
- Spălaţi-vă mâinile

NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Procedura în fişa de proceduri sau în planul de îngrijire: nume, prenume, substanţa administrată, doza, data şi ora inoculării
- Notaţi data şi ora citirii reacţiei locale precum şi caracteristicile

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentul este administrat respectând cele cinci reguli: pacientul identificat, medicamentul prescris, doza corectă, calea adecvată, timpul potrivit
- Pacientul este liniştit, relaxat iar la locul inoculării nu apar reacţii majore de sensibilizare

Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- Vârful acului nu pătrunde în derm şi soluţia se scurge în afară
  - Se pătrunde cu aproximativ 1 mm mai profund în grosimea dermului
- Acul pătrunde prea adânc, determinând o infiltraţie difuză fără să se formeze papulă albă delimitată
  - Se retrage uşor acul şi se repoziţionenză în grosimea dermului
- La locul testării apar reacţii pozitive sau intens pozitive: vezicule, ulceraţii, necroza ţesutului
  - Se anunţă medicul
- Lipotimie, risc de accidentare prin cădere dacă pacientul nu rămâne în repaus la pat
  - Se lămureşte pacientul despre obligativitatea menţinerii repausului la pat 30 de minute după injecţie
- Reacţie anafilactică sau şoc anafilactic care ameninţă viaţa
  - Se anunţă medicul
  - Se intervine de urgenţă conform protocolului

FIŞA Nr.8.10.3.
INJECŢIA SUBCUTANATĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Introducerea în ţesutul celular subcutanat a unor medicamente în doza prescrisă

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicala/cărucior pentru tratament
- Seringi şi ace sterile adecvate
- Medicamentul de injectat
- Prescripţia sau F.O.
- Soluţii dezinfectantate (alcool)
- Tampoane de vată sau comprese de tifon
- Mănuşi de unică folosinţă (opţional)
- Recipiente pentru colectarea deşeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi , încurujaţi şi susţineţi pacientul
- Explicaţi scopul injecţiei, a efectelor dorite şi nedorite, a orarului de administrare dacă este cazul

- Obţineţi consimţământul informat
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi intimitatea pacientului
- Aşezaţi pacientul în funcţie de starea sa în poziţie şezândă cu mâna sprijinită pe şold sau în decubit dorsal
- Stabiliţi locul de elecţie (injecţia se poate efectua pe faţa externă a braţului, faţa supraexternă a coapsei, regiunea supra şi sub spinoasă a omoplatului, regiunea deltoidiană, flancurile peretelui abdominal, regiunea subclaviculară)
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi prescripţia medicală
- Spălaţi-vă pe mâini, cu apă şi săpun
- Dezinfectaţi-vă mâinile
- Îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă(opţional)
- Încărcaţi seringa cu soluţia medicamentoasă prescrisă
- Eliminaţi bulele de aer din seringă
- Schimbaţi acul cu altul capişonat, adecvat
- Dezinfectaţi locul de elecţie cu alcool
- Pliaţi tegumentul între police şi index fixându-l şi ridicându-l de pe planurile profunde
- Pătrundeţi cu rapiditate în tegument cu bizoul acului în sus în stratul subcutanat la 45∞ sau 90∞
- Verificaţi poziţia acului prin aspirare
- Injectaţi lent soluţia medicamentoasă
- Retrageţi acul cu rapiditate după aplicarea tamponului cu alcool lângă ac
- Nu recapsulaţi acul
- Masaţi locul injecţiei cu tamponul cu alcool exercitând o uşoară presiune
- Îndepărtaţi-vă mănuşile
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul într-o poziţie comodă în repaus
- Observaţi în permanenţă faciesul pacientului, tegumentele, comportamentul (posibil frison, agitaţie)
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale conform PU (precauţiunilor universale); acul se aruncă necapişonat
- Îndepărtaţi-vă mănuşile
- Spălaţi-vă pe mânii
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire ;
  - nume, prenume;
  - data şi ora administrării;
  - tipul soluţiei administrate, doza.
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentul este injectat lent în zona selectată când nu se aspiră sânge
- Pacientul prezintă răspuns favorabil la medicamentul injectat, fără efecte adverse secundare; facies relaxat, comportament adecvat
Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- Acul înţeapă un vas de sânge atunci când este introdus în ţesutul subcutanat.
  - În acest caz acul şi seringa cu soluţia respectivă se aruncă şi se pregătesc altele pentru injectare în alt loc
- Zona devine roşie, indurată sau dureroasă după injectare
  - Se aplică comprese reci sau gheaţă
- Durere violentă prin atingerea unei terminaţii nervoase sau distensie bruscă a ţesutului
- Ruperea acului
  - Se masează locul

- Se extrage acul

FIŞA Nr.8.10.4.
INJECŢIA INTRAMUSCULARĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Introducerea în ţesutul muscular a unei doze medicamentoase prescrise.
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală/cărucior
- Fiolă sau flaconul cu medicamentul prescris
- Prescripţia medicala sau F.O.
- Seringi şi ace sterile: mărimea depinde de cantitatea de medicament prescris şi de caracteristicile
anatomice ale pacientului
- Comprese sau tampoane cu alcool
- Mănuşi de cauciuc (opţional)
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Intervievaţi pacientul pentru a identifica un potenţial alergic
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Explicaţi scopul injecţiei, efectele dorite şi nedorite, orarul de administrare dacă este cazul.
- Obţineţi consimţământul informat
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi intimitatea pacientului
- Stabiliţi locul de elecţie: cadranul supero-extern fesier, deasupra marelui trohanter; faţa externă a coapsei, în treimea mijlocie, faţa externă a braţului în muşchiul deltoid.
- Poziţionaţi pacientul în funcţie de locul ales şi de starea sa: decubit ventral, decubit lateral cu membrul inferior de deasupra relaxat, poziţie şezândă, ortostatism
- Asiguraţi-vă că zona nu este contractată şi nu prezintă noduli
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi prescripţia medicală
- Spălaţi-vă mâinile, folosiţi mănuşi de unică folosinţă (opţional)
- Aspiraţi soluţia din fiolă sau flacon conform procedurii
- Eliminaţi bulele de aer din seringă
- Schimbaţi acul cu altul capişonat
- Inspectaţi locurile posibile pentru injecţie
- Dezinfectaţi larg zona aleasă
- Îndepărtaţi capacul de la ac prin tracţiune
- Întindeţi pielea, la locul ales, între policele şi indexul mâinii nedominante
- Introduceţi rapid acul în ţesutul muscular, în unghi de 90∞ ţinând seringa în mâna dominantă între police şi celelalte degete
- Fixaţi amboul acului cu mâna nedominantă şi prindeţi partea externă a pistonului cu mâna dominantă
- Aspiraţi lent, trăgând pistonul înapoi pentru a verifica dacă acul este într-un vas de sânge
- Injectaţi lent soluţia medicamentoasă: 10 secunde pentru fiecare ml de soluţie, dacă nu s-a aspirat sânge
- Extrageţi rapid acul adaptat la seringă fixând amboul
- Masaţi locul injecţiei cu un tampon cu alcool, exercitând o uşoară presiune
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Ajutaţi pacientul să se îmbrace şi să adopte o poziţie comodă
- Încurajaţi pacientul să facă exerciţii fizice pentru membrul inferior
- Evaluaţi locul injecţiei după 2 - 4 ore de la administrare, dacă este posibil
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Aruncaţi materialele folosite în containere speciale confonn PU
- Acul se aruncă necapişonat
- Spălaţi-vă mâinile după îndepărtarea mănuşilor

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:

Procedura în planul de îngrijire şi în fişa de proceduri :

- Nume, prenume,
- Substanţă administrată, doză,
- Data şi ora administrării

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

- Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentul este injectat lent în zona selectată, când nu se aspiră sânge
- Pacientul prezintă un răspuns terapeutic la medicamentul administrat; faciesul este relaxat, comportamentul liniştit

Rezultate nedorite /Ce faceţi ?

- Acul înţeapă un vas de sânge atunci când este introdus în ţesut
  - se schimbă poziţia acului sau se înţeapă în alt loc
- Acul întâmpină rezistenţă datorită contactului cu osul în cazul pacientului denutrit, casectic
  - se recomandă în astfel de situaţii folosirea unor ace mai scurte şi mai groase pentru a preveni riscul ruperii acestora la contactul cu osul
- Zona devine roşie, indurată sau dureroasă după injectare
  - Se aplică comprese reci sau gheaţă
- Apar ameţeli, furnicături sau alterarea funcţiei musculare în zona injecţiei, determinate cel mai adesea de iritaţia nervului sciatic sau a unui ram al acestuia
  - Se respectă locul de elecţie
- Paralizie prin înţeparea nervului sciatic; se recomandă respectarea cadranului supero-extern fesier pentru injectare
- Embolie prin injectarea într-un vas de sânge a soluţiei uleioase
  - Se anunţă medicul
  - Se intervine de urgenţă conform protocolului

FIŞA Nr.8.10.5.

INJECŢIA INTRAVENOASĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Administrarea unui medicament direct în sistemul vascular în scop explorator; tratarea rapidă a problemelor medicale ale pacientului; realizarea unei concentraţii înalte în sânge a medicamentului, într-un timp scurt

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior
- Fiolă sau flaconul cu soluţia izotonă sau hipertonă
- Ace sterile cu bizoul ascuţit dar scurt
- Seringi sterile cu amboul excentric, de capacităţi adecvate cantităţii de medicament prescris
- Comprese sau tampoane cu alcool
- Mănuşi de unică folosinţă
- Materiale pentru puncţia venoasă

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informaţi pacientul despre procedură
- Explicaţi-i scopul injecţiei, efectele dorite şi nedorite;
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ:

- Asiguraţi intimitatea pacientului
- Verificaţi locurile de elecţie, evitând zonele cu echimoze, cu pilozitate accentuată sau cu infecţie

- Stabiliţi locul pentru injecţie: venele de la plică cotului - bazilică sau cefalică; venele de pe partea dorsală a mâinii, venele de pe partea posterioară a gambei, venele epicraniene (la copii); venele jugulare
- Poziţionaţi pacientul în siguranţă în funcţie de locul ales şi de starea sa; decubit dorsal,
poziţie semişezândă
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi prescripţia medicală
- Obţineţi informaţii suplimentare dacă medicamentul este nou
- Spălaţi-vă mâinile, folosiţi mănuşi de unică folosinţă
- Aspiraţi soluţia din fiolă sau flacon conform procedurii standard
- Eliminaţi bulele de aer din seringă menţinând seringa în poziţie verticală
- Schimbaţi acul cu altul capişonat
- Legaţi garoul, palpaţi traiectul venei
- Dezinfectaţi larg zona aleasă pentru injecţii
- Îndepărtaţi capacul de la ac prin tracţiune
- Efectuaţi puncţia venoasă conform procedurii
- Verificaţi poziţia acului prin aspirare
- Desfaceţi garoul dacă acul este în venă
- Injectaţi lent soluţia medicamentoasă, observând locul puncţionat şi reacţiile pacientului
- Extrageţi rapid acul adaptat la seringă
- Comprimaţi locul injecţiei cu tampon cu alcool, 3 - 5 minute pentru hemostază completă
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Observaţi locul injecţiei pentru sângerare
- Ajutaţi pacientul să ocupe o poziţie confortabilă
- Explicaţi-i conduita ulterioară dacă medicamentul a fost administrat în scop explorator
- Supravegheaţi pacientul pentru a surprinde unele complicaţii şi anunţaţi medicul dacă apar
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi materialele folosite în containere speciale, conform PU
- Acul se aruncă necapişonat
- Spălaţi-vă mâinile după îndepărtarea mănuşilor
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire;
- nume, prenume;
- data şi ora administrării;
- tipul soluţiei administrate, doza.
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Medicamentul este injectat lent când vena este corect puncţionată
- Pacientul prezintă un răspuns terapeutic la medicamentul administrat în acest scop
- Pacientul nu dezvoltă reacţii de sensibilizare la medicamentul injectat în scop explorator
Rezultate nedorite / Ce faceţi?
- Flebalgie prin injectarea prea rapidă a soluţiei sau prin introducerea unor substanţe iritante pentru intima vasului (ex. Soluţiile hipertone)
    - Injectaţi lent soluţia
- Senzaţia de uscăciune în faringe şi valul de căldură
    - Injectaţi soluţia foarte lent
    - Comunicaţi cu pacientul
- Hematomul prin perforarea venei sau retragerea acului fără îndepărtarea garoului
    - Aplicaţi comprese umede reci
- Ameţeli, lipotimie, colaps
    - Anunţă medicul

- Reacţii anafilactice la soluţiile injectate în scop explorator
    - Anunţă medicul
    - Se intervine de urgenţă conform protocolului

CAPITOLUL IX. RECOLTAREA PRODUSELOR BIOLOGICE ŞI PATOLOGICE PENTRU EXAMENE DE LABORATOR

9.1. RECOLTAREA S¬NGELUI

FIŞA Nr. 9.1.1.a
PUNCŢIA CAPILARĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Prelevare de sânge capilar pentru analize de laborator (HLG, dozarea hemoglobinei, glicemie), prin înţepătură.

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală/cărucior medical
- Ace seringă sau lamelă sterilă
- Tampoane de vată
- Soluţie dezinfectantă
- Hârtie de filtru
- Mănuşi de protecţie
- Lame de sticlă
- Tuburi; pipete
- Seruri

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ:
- Poziţionaţi pacientul: şezând cu mâna sprijinită sau decubit, în funcţie de starea generală
- Alegeţi locului de elecţie :
    - adult:
        - pulpa degetului inelar sau mijlociu
        - lobul urechii
    - copil:
        - faţa plantară a halucelui
        - călcâi

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi recomandarea medicală
- Spălaţi-vă pe mâini
- Îmbrăcaţi mănuşile de protecţie
- Masaţi uşor locul efectuării puncţiei
- Aseptizaţi regiunea aleasă cu tampon de vată îmbibat în dezinfectant
- Aşteptaţi evaporarea soluţiei dezinfectante
- Pe locul perfect uscat înfigeţi acul la 2-3 mm profunzime (ca sângele să ţâşnească singur), perpendicular pe straturile cutanate
- Ştergeţi prima picătură cu hârtie de filtru sau uscată

Prelevaţi sângele în funcţie de scopul urmărit:
- Pe lama perfect uscată şi curată (frotiu- hemograma, grupa sanguină, timp de sângerare şi coagulare)
- Se aspiră în tuburile (pentru analiza gazelor sanguine)
- Picătura se pune pe bandeletă sau stripsuri (glicemie)
- 2-3 picături pe fiecare extremitate a lamei (picatura groasă- dg. malarie şi tifos exantematic)

- Ştergeţi cu un tampon steril
- Faceţi o uşoară compresiune
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Observaţi starea pacientului
- Aplicaţi un tampon steril uşor compresiv
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Acele, lantetele folosite se colectează în recipiente speciale pentru obiecte tăietoare, înţepătoare (cu pereţii duri)
- Tampoanle de vată sau hârtia de filtru, mănuşile se colectează în recipiente speciale pentru materiale cu potenţial infecţios
- Dezbrăcaţi mănuşile
- Spălaţi-vă pe mâini
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire:
- Data, motivul efectuării puncţiei
- Semnătura
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Pacient colaborant
- Pacientul nu prezintă sângerare
- Frotiul realizat este uniform, nu prezintă goluri
Rezultate nedorite (probleme potenţiale) / Ce faceţi ?
- Sângerare la locul puncţiei
    - Comprimaţi locul înţepăturii mai multă vreme
- Nu se obţine suficient sânge
    - Strângeţi degetul de la distanţă
- Apăsarea pe pulpa degetului favorizează eliminarea limfei şi modifică rezultatele
    - La nevoie repetaţi înţepătura

FIŞA Nr. 9.1.1.b
PUNCŢIA VENOASĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
Crearea accesului la o venă pentru:
• recoltare de sânge în siguranţă pentru examene de laborator
• extragerea unei cantităţi de sânge
• introducerea medicamentelor în circulaţia venoasă
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Garou
- Mănuşi de unică folosinţă
- Seringi; ace; o canulă Buterfly (fluturaş); sistem vacutainer (după scop)
- Tampon
- Alcool
- Muşama, aleză
- Etichetă
- Eprubete
- Bandă adezivă non alergică
- Formulare pentru laborator
- Alte materiale în funcţie de obiectivul urmărit, tăviţa renală
- Recipient pentru colectarea materialelor
PREGĂTIREA PACIENTULUI
Verificaţi indicaţia medicului privind scopul puncţiei venoase
a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului necesitatea procedurii
- Explicaţi pacientului cum poate participa la procedură, anuntaţi-l că e puţin dureroasă

- Explicaţi-i pacientului că îi veţi recolta sânge sau veţi introduce medicamente
- Încurajaţi pacientul pentru a reduce anxietatea
- Întrebaţi-l dacă i s-a mai recoltat sânge altă dată; dacă a simţit leşin, transpiraţie, stare de greaţă, vărsătură
- Obţineţi consimţământul informai
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi poziţia corespunzătoare în conformitate cu starea pacientului, cu scopul şi locul puncţiei (decubit dorsal sau mai rar şezând)
- Examinaţi calitatea şi starea venelor şi alegeţi locul
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Identificaţi pacientul
- Spălaţi mâinile şi puneţi mănuşile pentru a preveni contaminarea
- Selectaţi locul potrivit (venele distale sau proximale), venele de la plica cotului, mai rar cele de pe faţa dorsală a mâinii
- Puneţi muşamaua sub braţul pacientului
- Aplicaţi garoul la 5 - 8 cm deasupra locului de puncţie; capetele garoului fiind direcţionate departe de zona de puncţie
- Palpaţi vena
- Verificaţi prezenţa pulsului distal, radial
- Montaţi seringa şi ataşaţi acul
- Recomandaţi pacientului să strângă pumnul
- Dacă venele nu sunt vizibile şi nu se pot simţi la palpare încercaţi următoarea tehnică:
a) Rugaţi pacientul să închidă şi să deschidă pumnul
b) Daţi drumul la garou şi rugaţi pacientul să-şi coboare mâna sub nivelul inimii pentru a i se umple venele, apoi reaplicaţi garoul şi bateţi încet pe venă pentru a deveni mai vizibilă
c) Înlăturaţi garoul şi puneţi o compresă caldă şi umedă pe venă timp de 10-15'
- Dezinfectaţi tegumentul (cu un tampon cu alcool), 60" folosind mişcări circulare de la centru în afară cu câţiva cm, pentru a evita introducerea potenţialei flore de pe piele în interiorul vaselor pe perioada efectuării procedurii
- Poziţionaţi mâna nedominantă la 4-5 cm sub locul de puncţie şi cu policele se întinde pielea dreaptă pe venă
- Ţineţi acul cu bizoul în sus în mâna dominantă şi introduceţi-l la un unghi de 10-30∞, de deasupra venei sau dintr-o parte a venei, în poziţie oblică
- Urmăriţi cursul venei şi când sângele se întoarce prin lumenul acului avansaţi cu acul în venă 1-2 cm
- În cazul recoltării continuaţi puncţia conform obiectivului
- Aspiraţi sângele în seringă (cantitatea necesară pentru efectuarea analizelor indicate de medic)
- Dacă curgerea sângelui este rapidă dezlegaţi garoul pentru a preveni staza şi hemoconcentraţia care pot modifica rezultatele testelor de laborator
- Dacă curgerea sângelui este lentă, nu dezlegaţi garoul decât înainte de a retrage acul cu seringa cu sânge (dacă tehnica nu impune altfel)
- Plasaţi un tampon cu alcool pe locul puncţiei venoase şi uşor retrageţi acul cu seringa
- Aplicaţi o presiune blândă pe tamponul cu alcool, pe locul puncţiei 2-3' sau până se opreşte sângerarea; aceasta previne extravazarea în ţesuturile din jur, cu cauzarea hematomului
- După oprirea sângerării aplicaţi o bandă adezivă peste tampon
- Transferaţi sângele din seringă în eprubete, după ce aţi detaşat acul de la seringă
- Aplicaţi etichetele pe eprubete, indicând numele şi prenumele bolnavului, proba recoltată, secţia care trimite proba de sânge la laborator
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Observaţi faciesul pacientului, culoarea tegumentelor şi măsuraţi pulsul
- Întrebaţi pacientul dacă are stare de greaţă sau vomă

- Verificaţi locul puncţiei venoase pentru a fi siguri că nu s-a dezvoltat un hematom
- Sfătuiţi pacientul să nu flectrze antebraţul pe braţ

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectaţi deşeurile conform P.U. în recipiente speciale
- Îndepărtaţi mânuşile
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi procedura în fişa de proceduri şi în dosarul/planul de îngrijire

- Notaţi data, ora, locul puncţiei venoase, timpul când proba a fost trimisă la laborator
- Notaţi orice observaţie legat de starea şi reacţia pacientului
- Notaţi dacă puncţia a fost facută pentru recoltarea analizelor şi specificaţi ce probe aţi recoltat, când au fost trimise la laborator

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:

- Pacientul are tegumente şi mucoase normal colorate
- Semnele vitale sunt normale
- Pacientul a înţeles scopul puncţiei venoase
- Pacientul nu a prezentat leşin, stare de greaţa, vomă, hematom

Rezultate nedorite/ce faceţi ?

- Leşinul, starea de greaţă sau voma
    - anunţaţi medicul
- Anxietatea
    - discutaţi cu pacientul şi încurajaţi-l
- Refuzul pacientului privind puncţia venoasă
    - anunţaţi medicul
- Extravazarea sângelui în ţesuturile din jur
- Hematomul
    - comprimaţi locul cu un tampon steril
    - nu repetaţi înţepătura în aceeaşi zonă
    - aplicaţi compresă rece
    - aplicaţi unguente care favorizează resorbţia
- Hemoliza sângelui recoltat
    - repetaţi recoltarea cu acordul pacientului:
- Recoltarea nu s-a făcut în condiţii corespunzătoare
- Infecţia
    - evitarea prin efectuarea procedurii în siguranţă

CONSIDERAŢII SPECIALE

- Niciodată nu efectuaţi puncţia venoasă pentru recoltarea sângelui dintr-un braţ, o venă deja utilizată pentru terapia i.v. sau opriţi perfuzia şi aşteptaţi 5 min.
- Nu recoltaţi din locuri aflate deasupra liniei intravenoase, risc de hemodiluţie
- Nu efectuaţi puncţia venoasă pe un loc deja infectat
- Evitaţi vena care este dureroasă la palpare
- Nu efectuaţi puncţia venoasă, nu recoltaţi sânge dintr-o arie edematoasă, shunt arteriovenos, locuri ale hematomului anterior, sau răniri
- Dacă pacientul are tulburări de coagulare sau primeşte terapie anticoagulantă, se menţine o presiune fermă pe locul puncţiei venoase, minim 5' după retragerea acului din venă pentru a preveni formarea unui hematom
- Evitarea folosirii venelor de la picioare pentru puncţia venoasă, deoarece aceasta creşte riscul de tromboflebită
- La bătrâni, dacă este posibil evitaţi venele dorsale ale mâinii la braţul dominant pentru puncţia venoasă deoarece aceste locuri interferă mult cu independenţa vârstnicului
- La copii locurile uzuale pentru puncţia venoasă sunt scalpul sau piciorul

FIŞA Nr. 9.1.2.

RECOLTAREA S¬NGELUI PENTRU HLG

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Efectuarea diagramei sângelui prin care se determină: Hb, Ht, elementele figurate, formula leucocitară

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală/cărucior
- Seringă de 2ml, ac steril sau holder şi ac dublu acoperit cu cauciuc
- Flacon cu EDTA (cristale, anticoagulant) sau vacutainer cu EDTA (cu capac mov)
- Soluţie dezinfectantă (alcool); tampon de vată, garou, tăviţă renală
- Mănuşi de cauciuc de unică folosinţă, muşama

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Obţineţi consimţământul informat
- Încurajaţi şi susţineţi pacientul

b) FIZICĂ:
- Atenţionaţi pacientul să nu mănânce cel puţin 12 ore şi să stea în repaus fizic la pat
- Verificaţi dacă a respectat recomandările
- Poziţionaţi pacientul în decubit dorsal cu mâna sprijinită ca pentru puncţie venoasă
- Alegeţi vena cea mai proeminentă

EFECTUAREA PROCEDURII:

a) prin metoda clasică
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Dezinfectaţi mâinile cu alcool
- Îmbrăcaţi mănuşi de protecţie
- Pregătiţi o seringă de 2ml pentru recoltare
- Aplicaţi garoul pentru puncţia venoasă
- Puncţionaţi vena
- Desfaceţi garoul
- Aspiraţi în seringa 1,5 - 2ml sânge
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitaţi o compresiune asupra tamponului 2-5' fără ca pacientul să îndoaie braţul
- Transferaţi sângele din seringă în flaconul cu EDTA
- Agitaţi flaconul prin mişcare circulară lentă pe o suprafaţa plană

b) prin metoda vacuette
- Spălaţi mâinile/dezinfectaţi-le/îmbrăcaţi mănuşile de protecţie
- Montaţi acul dublu la holder prin înşurubare
- Îndepărtaţi cauciucul de pe ac - partea superioară
- Aplicaţi garoul
- Puncţionaţi vena
- Dezlegaţi garoul
- Fixaţi tubul vacuette destinat recoltării HLG
- Umpleţi până la semn recipientul cu sânge
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitaţi o presiune asupra tamponului de 2- 5'
- Agitaţi lent vacutainerul

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Aplicaţi un plasture peste tampon
- Verificaţi locul puncţiei
- Observaţi faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtaţi mănuşile/spălaţi mâinile cu apă şi săpun

- Aşezaţi tava în dulap
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire:
- Data şi ora recoltării;
- Notaţi eventualele manifestări ale pacientului
PREGATIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR
- Etichetaţi recipientul tubului vacuette
- Completaţi fişa de laborator
- Transportaţi imediat produsul la laborator
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Puncţia se desfăşoară fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort
- Sângele nu se coagulează şi nu se hemolizează, nu apare hematom
Rezultate nedorite (probleme potenţiale) / Ce faceţi?
- Perforarea venei şi apariţia hematomului
- Pacientul prezintă ameţeli, paloare accentuată, lipotemie
- Se produce coagularea sângelui
- Se produce hemolizarea sângelui
- Verificaţi dacă s-a respectat raportul dintre sânge şi anticoagulant, dacă s-au respectat condiţiile de recoltare
- (Vezi fisa Nr. 9.11 .b Punctia venoasa)

FIŞA Nr. 9.1.3.
RECOLTAREA S¬NGELUI PENTRU PROBELE DE COAGULARE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Determinarea coagulabilităţii sângelui prin diferite tipuri de investigaţii.
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală/cărucior
- Seringi (5ml) şi ace sterile adecvate sau holder şi ac dublu acoperit cu cauciuc la ambele capete
- Soluţie anticoagulantă (citrat de sodiu) sterilă sau tuburi vacuette cu soluţie anticoagulantă
- Stativ cu eprubete (capac albastru)
- Soluţie dezinfectantă (alcool)
- Tampoane de vată, comprese de tifon
- Tăviţă renală
- Garou
- Muşama
- Mănuşi de unică folosinţă
- Recipiente pentru colectarea deşeurilor
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Obţineţi consimţământul informat
- Încurajaţi şi susţineţi pacientul
b) FIZICĂ:
- Atenţionaţi pacientul să nu mănânce şi să stea în repaus fizic
- Aşezaţi pacientul în decubit dorsal cu membrul superior sprijinit de pat ca pentru puncţia venoasă
- Alegeţi vena cea mai turgescentă
EFECTUAREA PROCEDURII:
Recoltarea sângelui pentru determinarea: Timpului Quick, T. Howell, Fibrinogenului
a) metoda clasică
- Verificaţi dacă pacientul a respectat recomandările privind procedura
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun

- Dezinfectaţi mâinile cu alcool
- Puneţi mănuşi de unică folosinţă
- Aspiraţi în seringa de 5 ml, 0.5 ml anticoagulant
- Acoperiţi acul seringii cu teacă protectoare
- Aşezaţi seringa pe o compresă sterilă
- Aplicaţi garoul ca pentru puncţie venoasă
- Puncţionaţi vena (conform fişei 9.11. b)
- Dezlegaţi garoul
- Aspiraţi în seringă 4.5 ml sânge
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitaţi o presiune asupra tamponului 2-3' (fără ca pacientul să îndoaie braţul)
- Transferaţi amestecul sânge/anticoagulant în eprubetă după răsturnarea de câteva ori a seringii
- Aşezaţi eprubeta în stativ

b) metoda vacuette
- Spălaţi mâinile/dezinfectaţi/îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă
- Montaţi acul dublu la holder prin înşurubare
- Îndepărtaţi cauciucul de pe partea superioară a acului
- Legaţi garoul
- Puncţionaţ vena
- Dezlegaţi garoul
- Fixaţi tubul vacuette destinat recoltării timpului Quick, Howell sau fibrinogenului
- Umpleţi până la semn recipientul cu sânge
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitaţi presiune asupra tamponului 2-3'
- Agitaţi lent prin răsturnarea tuburilor vacuette pentru omogenizare

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aplicaţi un plasture peste tampon
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Observaţi faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire
- Notaţi reacţia pacientului

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR
- Etichetaţi eprubeta sau vacutainerul pentru laborator
- Completaţi fişa de laborator
- Transportaţi imediat produsul la laborator

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate / dorite:
- Pacientul nu a prezentat stare de leşin
- La locul înţepăturii tegumentele au aspect normal
- Sângele este recoltat corespunzător (necoagulat, nehemolizat)

Rezultate nedorite/ce faceţi ?
- Hematom prin perforarea venei
- Produs coagulat prin nerespectarea cantităţii de sânge/anticoagulant sau prin neomogenizare
- Ameţeli, paloare accentuată, posibilă lipotimie (vezi FIŞA Nr.9.1 l.b. Puncţia venoasă)

FIŞA Nr. 9.1.4.
RECOLTAREA S¬NGELUI PENTRU VSH

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Determinarea rapidităţii cu care se produce sedimentarea (aşezarea progresivă) hematiilor pe fundul eprubetei din sângele necoagulabil lăsat în repaus
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală/cărucior
- Seringă de 2ml, ac steril sau holder şi ac dublu acoperit cu cauciuc
- Anticoagulant soluţie de citrat de Na 3,8% sau tub vacuette cu anticoagulant steril (capac negru)
- Stativ, eprubete curate, uscate
- Soluţie dezinfectantă, tampoane de vată
- Mănuşi de unică folosinţă
- Garou, tăviţă renală, muşama
- Recipiente pentru colectarea deşeurilor
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Obţineţi consimţământul informat
- Încurajaţi şi susţineţi pacientul
b) FIZICĂ:
- Atenţionaţi pacientul să nu mănânce şi să stea în repaus fizic
- Verificaţi dacă a respectat recomandările
- Poziţionaţi pacientul în decubit dorsal cu membrul superior sprijinit pe pat ca pentru puncţia venoasa
- Asiguraţi intimitatea pacientului
- Alegeţi vena cea mai uşor abordabilă
EFECTUAREA PROCEDURII:
a) prin metoda clasică
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Dezinfectaţi mâinile cu alcool
- Îmbrăcaţi mănuşi de protecţie
- Aspiraţi în seringă 0,4ml citrat de Na 3.8%
- Acoperiţi acul seringii cu capacul
- Aşezaţi seringa pe o compresă sterilă
- Aplicaţi garoul ca pentru puncţia venoasă
- Puncţionaţi vena
- Dezlegaţi garoul
- Aspiraţi în seringă 1,6ml sânge
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitaţi o compresiune asupra tamponului 2-3'
- Tansferaţi amestecul sânge/citrat în eprubetă şi agitaţi uşor
- Aşezaţi eprubeta în stativ
b) prin metoda vacuette
- Spălaţi mâinile/dezinfectaţi-le/puneţi mănuşi de unică folosinţă
- Montaţi acul dublu la holder prin înşurubare
- Îndepărtaţi cauciucul de pe ac - partea superioară
- Aplicaţi garoul
- Puncţionaţi vena
- Dezlegaţi garoul
- Fixaţi tubul vacuette destinat recoltării VSH
- Umpleţi până la semn recipientul cu sânge
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitaţi o presiune asupra tamponului de 2- 3'
- Agitaţi lent tubul vacuette
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă, aplicaţi o bandă adezivă non alergică deasupra tamponului
- Observaţi faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

- Observaţi locul puncţiei
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtaţi mânuşile
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire
- Notaţi reacţia pacientului în timpul procedurii
PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR
- Etichetaţi eprubeta sau vacutainerul pentru laborator
- Completaţi fişa de laborator
- Transportaţi imediat produsul la laborator
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Puncţia venoasă se desfăşoară fără incidente
- Pacientul exprimă stare de confort
- Sângele nu se coagulează şi nu se hemolizează
- Nu apare hematomul local
Rezultate nedorite
- Pacientul prezintă ameţeli, paloare accentuată, lipotimie
- Se produce coagularea sângelui
- Se produce hemoliza sângelui
- Greşeala de colectare.
    - Cereţi acordul medicului şi pacientului pentru repetarea recoltării
- Perforarea venei şi apariţia hematomului
- Aplicaţi o compresă rece şi apoi un unguent care favorizează resorbţia
(Vezi FIŞA Nr. 9.11.b. Puncţia venoasă)

FIŞA Nr. 9.1.5.
RECOLTAREA S¬NGELUI PENTRU EXAMENE BIOCHIMICE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Determinarea componentelor biochimice ale sângelui în vederea aplicării măsurilor competente în timp util în cazul modificărilor patologice
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală / cărucior
- Seringi şi ace sterile adecvate sau holder cu ac dublu (special) acoperit cu cauciuc
- Tuburi vacuette unele cu gel care ajută la separarea mai rapidă a serului
- Stativ, eprubete curate, uscate
- Soluţie dezinfectantă (alcool)
- Tampoane de vată
- Mănuşi de unică folosinţă
- Garou, muşama
- Tăviţă renală
- Recipiente speciale pentru colectarea deşeurilor
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Obţineţi consimţământul informat
- Încurajaţi şi susţineţi pacientul
b) FIZICĂ:
- Atenţionaţi pacientul să nu mănânce şi să stea în repaus fizic cel puţin 12 ore
- Poziţionaţi pacientul în funcţie de starea sa (şezând sau decubit dorsal) cu mâna sprijinită ca pentru puncţie venoasă
- Alegeţi vena cea mai turgescentă
EFECTUAREA PROCEDURII:

a) prin metoda clasică
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Dezinfectaţi mâinile
- Îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă
- Fixaţi acul la seringă
- Aplicaţi garoul
- Puncţionaţi vena
- Recoltaţi 5 - 7 ml de sânge
- Dezlegaţi garoul
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitaţi o presiune moderată asupra tamponului 2 -3' fără ca pacientul să îndoaie cotul (rugaţi pacientul eventual să fixeze tamponul)
- Repartizaţi sângele în eprubetă conform protocolului de recoltare
- Aşezaţi eprubeta în stativ
b) prin metoda vacuette
- Spălaţi mâinile / dezinfectaţi / îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă
- Montaţi acul special la holder prin înşurubare
- Îndepărtaţi cauciucul de pe partea superioară a acului
- Aplicaţi garoul
- Puncţionaţi vena
- Fixaţi tubul vacuette destinat recoltărilor pentru examene biochimice (glicemie, creatinină, uree, acid uric, calcemie, etc)
- Umpleţi până la semn recipientul cu sânge (5 - 7 ml)
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool şi exercitaţi presiune asupra acestuia 2-3'
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aplicaţi o bandă adezivă non alergică deasupra tamponului
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Observaţi faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire
PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR
- Etichetaţi eprubeta sau vacutainerul pentru laborator
- Completaţi fişa de laborator
- Transportaţi imediat produsul la laborator în condiţii de siguranţă
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Prelevarea se face fără incidente, pacientul este colaborant
- Pacientul prezintă stare de confort
Rezultate nedorite/ce faceţi ?
- Hematom prin infiltrarea ţesutului paravenos
- Ameţeli, paloare accentuată, posibilă lipotimie
- Sânge hemolizat
(Vezi FIŞA Nr.9.11.b -Puncţia venoasă)

FIŞA Nr. 9.1.6.
RECOLTAREA S¬NGELUI PENTRU EXAMENE SEROLOGICE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Cercetarea prezenţei sau absenţei anticorpilor în serul pacientului pentru diagnosticarea bolilor infecţioase
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tava medicală/cărucior

- Seringă de 5 - 10 ml şi ace sterile sau holder cu ac dublu acoperit la ambele capete cu cauciuc
- Stativ cu eprubete curate, uscate sau flacoane
- Tuburi vacuette simple sau cu gel (capac roşu)
- Soluţie dezinfectantă (alcool)
- Tampoane de vată
- Mănuşi de unică folosinţă
- Garou, muşama
- Tăviţă renală
- Recipiente pentru colectarea deşeurilor

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura
- Obţineţi consimţământul informat
- Încurajaţi şi susţineţi pacientul

b) FIZICĂ:
- Atenţionaţi pacientul să nu mănânce şi să stea în repaus la pat
- Poziţionaţi pacientul în funcţie de starea sa (şezând sau decubit dorsal) cu mâna sprijinită ca pentru puncţie venoasă
- Alegeţi vena cea mai turgescentă

EFECTUAREA PROCEDURII:

a) prin meloda clasică
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Dezinfectaţi mâinile
- Îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă
- Fixaţi acul la seringă
- Aplicaţi garoul
- Puncţionaţi vena
- Recoltaţi 5 - 10 ml de sânge
- Dezlegaţi garoul
- Aşezaţi eprubeta în stativ
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool
- Exercitaţi o presiune asupra tamponului 2 -3' fără ca pacientul să îndoaie cotul (rugaţi eventual pacientul să comprime locul)
- Treceţi sângele în eprubetă
- Aşezaţi eprubeta în stativ

b) prin metoda vacuette
- Spălaţi mâinile / dezinfectaţi / îmbrăcaţi mănuşi de protecţie
- Montaţi acul dublu la holder prin înşurubare
- Îndepărtaţi cauciucul de pe partea superioara a acului
- Aplicaţi garoul
- Puncţionaţi vena
- Fixaţi tubul vacuette în care se găseşte gel destinat recoltării pentru examene serologice (VDRL, ASLO, Weill Felix, Waler Rose, Widall, ELISA)
- Umpleţi până la semn recipientul cu sânge cca 10ml
- Retrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool şi comprimaţi locul 2-3'

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă
- Observaţi faciesul, tegumentele, comportamentul pacientului

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR
- Etichetaţi eprubeta sau vacutainerul pentru laborator
- Completaţi fişa de laborator

- Transportaţi imediat produsul la laborator
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
- Rezultate aşteptate/dorite:
- Rezultate nedorite
(Vezi FIŞA Nr. 9.1.1.b - Puncţia venoasă)

FIŞANr. 9.1.7.
RECOLTAREA S¬NGELUI PENTRU EXAMENE BACTERIOLOGICE - HEMOCULTURĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Punerea în evidenţă a germenilor patogeni în sânge prin însămânţare pe medii de cultură
- Efectuarea antibiogramei
PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Tavă medicală/cărucior
- Soluţie dezinfectantă (betadine, clorhexidine, alcool 70∞)
- Tampoane de vată şi comprese sterile
- Câmp steril
- Mănuşi sterile
- Mască
- Garou
- 2 flacoane cu medii de cultură (unul pentru germeni aerobi şi altul pentru germeni anaerobi)
- Holder, ac dublu (special) acoperit la ambele capete cu cauciuc
- Recipiente pentru colectarea deşeurilor
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi pacientului procedura, avertizaţi-l că recoltarea se poate repeta
- Obţineţi consimţământul informat
- Încurajaţi şi susţineţi pacientul
b) FIZICĂ:
- Poziţionaţi pacientul în decubit dorsal cu membrul superior sprijinit deoarece poate prezenta frisoane
- Alegeţi vena cea mai turgescentă
- Spălaţi regiunea plicii cotului cu apă şi săpun
- Dezinfectaţi cu alcool iodat, betadină
EFECTUAREA PROCEDURII:
- Participă două nurse
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Dezinfectaţi mâinile/îmbrăcaţi mănuşile sterile
- Izolaţi locul cu câmpul steril
- Montaţi acul dublu la holder
- Rugaţi persoana care vă ajută să aplice garoul
- Dezinfectaţi locul de puncţionat cu alcool de 70∞
- Puncţionaţi vena
- Adaptaţi la acul holderului flaconul cu mediu de cultură pentru germeni aerobi
- Recoltaţi sânge până la semnul de pe flacon
- Adaptaţi la acul holderului cel de al doilea flacon cu mediu de cultură pentru germenii anacrobi
- Recoltaţi sânge până la semnul de pe flacon
- Reţrageţi acul după aplicarea tamponului cu alcool iodat
- Comprimarea venei 2 - 5' de către ajutor
- Omogenizaţi uşor pe un plan orizontal (sângele cu mediul de cultură din flacon)
ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Reinstalaţi pacientul în poziţie comodă
- Acoperiţi pacientul pentru că frisonează

- Observaţi faciesul, tegumentele (extremităţilor), comportamentul pacientului
REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtaţi mănuşile şi masca
- Spălaţi mâinile
PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR
- Scrieţi pe etichetele flacoanelor datele pacientului
- Completaţi fişa de laborator
- Transportaţi imediat la laborator flacoanele şi introduceţi-le în termostat la 37∞
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire prin lipirea codurilor de bon de pe flacoanele în care s-a făcut recoltarea
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite:
- Recoltarea s-a făcut corect, în condiţii de strictă asepsie şi antisepsie
Rezultate nedorite/ce faceţi?
Vezi FIŞA Nr. 9.1.1.b - Puncţia venoasă
Atenţie:
Recoltarea se face la debutul bolii înainte de administrarea antibioticelor.

FIŞA Nr. 9.2. RECOLTAREA URINEI

FIŞA Nr. 9.2.1. RECOLTAREA URINEI PENTRU EXAMEN SUMAR DE URINĂ

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Determinarea densităţii, ph-ului, glucozei, albuminei, urobilinogenului
- Examinarea sedimentului urinar
PREGĂTIREA MATERIALELOR Ş ÎŢĂŞ¬ţ ş â ă î * >•
- Tavă medicală/cărucior
- Recipient curat şi uscat sau steril pentru femeie
- Seringă şi ace sterile, tampoane cu alcool
- Pensă pentru clamparea sondei - când mostra de urină(10ml) este recoltată pe sondă ‡ demeure
- Mănuşi de cauciuc pentru manipularea urinei
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul conştient
- Explicaţi-i procedura în termeni accesibili
- Obţineţi colaborarea
b) FIZICĂ:
- Efectuaţi toaleta genito-urinară la femeie
- Fixaţi punga colectoare la nivelul organelor genitale, cu adeziv, în cazul sugarilor şi copiilor mici
EFECTUAREA PROCEDURII:
Explicaţi pacientului care-şi recoltează singur urina:
- Să-şi spele mâinile, să folosească mănuşi de cauciuc
- Să se aşeze într-o poziţie în care jetul urinar să fie dirijat în recipient: ortostatism la bărbat şi poziţie şezândă la femeie
- Să colecteze 10 ml urină direct în recipient
- Să aşeze capacul pe gura recipientului după recoltare
- Să-şi spele mâinile
- Să eticheteze recipientul
În caz de recoltare pe sonda ‡ demeure:
- Clampaţi sonda cu 15' înainte de recoltare
- Spălaţi-vă mâinile, folosiţi mănuşi de unică folosinţă
- Dezinfectaţi sonda

- Puncţionaţi sonda cu acul adaptat la seringă
- Aspiraţi 10 ml de urină în seringă
- Transferaţi urina în recipient
- Spălaţi-vă mâinile
- Etichetaţi recipientul cu: numele şi prenumele pacientului, secţia, examenul cerut, data şi ora recoltării
- Transportaţi urina la laborator imediat

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi materialele folosite în containere speciale conform PU (precauţii universale)
- Spălaţi-vă mâinile după îndepărtarea mănuşilor

NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire
- Data şi ora recoltării

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate/dorite
- Mostra de urină nu este contaminată cu scurgere vaginsală sau cu sânge menstrual
- Urina nu conţine albumină sau glucoză, are o culoare galbenă aurie (normocromă)
- Sedimentul urinar nu conţine celule descuamate de pe tractul urinar

Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- Mostra de urină este contaminată cu scurgere vaginală sau cu sânge menstrual
    - Aruncaţi urina
    - Recoltaţi în afara perioadei de menstruaţie
    - Faceţi toaleta locală înainte
- Urina este hipercromă, cu urobilinogen crescut
    - Anunţaţi medicul
- Sedimentul urinar conţine numeroase leucocite, hematii, celule descuamate sau epitelii
    - Anunţaţi medicul care poate să recomande alte examene, mai relevante din urină
- Urina conţine albumină sau glucoza
    - Anunţaţi medicul

FiŞA Nr. 9.2.2. RECOLTAREA ASEPTICĂ A URINEI
UROCULTURA

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Studiul bacteriologic al urinei pentru identificarea germenilor şi efectuarea antibiogramei

PREGĂTIREA MATERIALELOR
a) pentru prelevarea fără sondaj pregătiţi:
- Apă şi săpun pentru toaleta genito-urinară
- Antiseptic pentru dezinfecţia meatului uretral
- Comprese sterile
- Recipient pentru colectarea sterilă a urinei
- Bazinet dacă este necesar
- Container pentru deşeuri

b) pentru prelevarea pe sonda urinară ‡ demeure pregătiţi:
- Tavă medicală/cărucior
- Comprese sterile
- Antiseptic; soluţie de clorhexidină
- Seringă şi ace sterile, tub de laborator STERIL
- Container pentru aruncarea materialelor folosite

c) pentru prelevarea prin sondaj intermitent pregătiţi:
- Tavă medicală/cărucior
- Sondă vezicală pentru bărbat sau femeie

- Comprese sterile
- Recipient steril pentru recoltarea urinei

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicaţi pacientului necesitatea prelevării
- Asiguraţi pacientul de inofensivitatea procedurii
- Instruiţi pacientul conştient şi valid cum să recolteze singur

b) FIZICĂ:

- Efectuaţi toaleta genito-urinară la pacientul nedeplasabil
- Asiguraţi condiţii pentru efectuarea toaletei la pacientul valid
- Asiguraţi intimitatea pacientului.

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Verificaţi prescripţia medicală
- Identificaţi pacientul
- Prelevaţi prin una din metodele enumerate mai jos în funcţie de starea pacientului sau recomandarea medicală

a)prelevarea fără sondaj:

- Spălaţi-vă mâinile cu apă şi săpun (lavaj simplu)
- Recoltaţi urina de la bărbat sau femeie după toaleta genito-urinară cu apă şi săpun şi clăti e abundentă; uscaţi regiunea, dezinfectaţi meatul uretral cu comprese sterile îmbibate în antiseptic
- Colectaţi urina, în recipientul steril, din mijlocul jetului
- Acoperiţi tubul steril

b) prelevarea de către pacientul conştient şi capabil să urineze în mod voluntar

- Explicaţi pacientului modul de derulare a procedurii.
- Oferiţi-i comprese sterile cu antiseptic pentru dezinfecţia meatului urinar după spălare
- Daţi-i pacientului flaconul steril
- Explicaţi-i să urineze la toaletă, lăsând să curgă primul jet şi recoltând urina în flacon din mijlocul jetului
- Cereţi-i pacientului să-şi spele mâinile după prelevarea urinei

c) prelevarea pe sonda urinară ‡ demeure

- Spălaţi-vă mâinile cu apă şi săpun (lavaj simplu)
- Folosiţi mănuşi de unică folosinţă
- Dezinfectaţi locul de prelevare, cu comprese sterile îmbibate în antiseptic
- Puncţionaţi tubulatura pungii de colectare cu acul steril adaptat la seringă şi prelevaţi cantitatea necesară de urină
- Transferaţi urina din seringă în flaconul pentru laborator
- Aruncaţi acul şi seringa în containerul special

Dacă diureza este scăzută:

- Clampaţi sonda sub locul de prelevare fără s-o lezaţi
- Aşteptaţi 10-15' ca să se adune o cantitate suficientă de urină pentru examen

d) prelevarea prin sondaj interimitent:

- Introduceţi sonda vezicală respectând tehnica sondajului vezical la bărbat sau femeie
- Menţineţi sonda pe durata evacuării urinei
- Lăsaţi urina să curgă în bazinet şi recoltaţi apoi în recipientul pentru laborator
- Evacuaţi tot conţinutul vezicii urinare
- Îndepărtaţi sonda şi dezinfectaţi meatul urinar
- Aruncaţi materialele folosite în container
- Spălaţi-vă mâinile
- Ajutaţi pacientul să se îmbrace

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Pacientul deplasabil nu are nevoie de îngrijiri speciale
- Supravegheaţi pacientul purtător de sondă, asiguraţi-vă că este permeabilă şi racordată la punga colectoare

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi materialele folosite în recipiente speciale conform precauţiunilor universale (P.U.)
NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi procedura în fişa de proceduri şi în dosarul/planul de îngrijire
- Notaţi data, ora, numele persoanei care a recoltut, aspectul urinei
PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR
Respectaţi următoarele reguli generale:
- Transportaţi imediat eşantionul la laborator pentru a evita multiplicarea germenilor sau păstraţi-l la frigider la +4∞C în cazul în care examenul se face mai târziu (nu mai mult de 12 ore)
- Etichetaţi mostra imediat după recoltare cu nume, prenume, CNP, data şi ora recoltării
- Însoţiţi monstra de o fişă de informaţii cu date clinice (t∞, starea de sănătate a pacientului, motivul)
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate:
- Absenţa contaminării în timpul emisiei şi recoltării ca urmare a toaletei genito-urinare şi dezinfecţiei meatului urinar
Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- Contaminarea urinei prelevate cu bacterii prezente în regiunea periuretrală în timpul emisiei (bacteriurie slabă < 10000germeni/ml)
  - Repetaţi procedura respectând normele de igiena locală
- Multiplicarea germenilor prin păstrare mai mult de oră în afara frigiderului
- Păstrarea prea mult la rece duce la precipitarea uraţilor ceea ce împiedică analiza ulterioară a urinei
  - Respectaţi normele generale de pregătire a produsului pentru laborator
- Emisia dificilă a urinei prin blocaj psihologic
  - Oferiţi timp sau recoltaţi prin sondaj vezical (în caz de urgenţa)

FIŞA Nr.9.3.
RECOLTAREA MATERIILOR FECALE PENTRU EXAMENE DE LABORATOR

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Examinarea macroscopică, biochimică, bacteriologică şi parazitologică
- Stabilirea diagnosticului bolilor infecţioase gastrointestinale
- Depistarea persoanelor purtătoare de germeni patogeni
PREGĂTIREA MATERIALELOR
Pregătiţi pe o tavă medicală / cărucior :
- Coprocultor steril sau curat şi uscat
- Tampoane sterilizate montate pe porttampoane prevăzute cu dopuri de cauciuc şi introduse în eprulbete sterile
- Sonda Nelaton nr. 16-18 sterilă
- Seringă de unică folosinţă de 10 ml
- Bazinet (plosca)
- Mănuşi de unică folosinţă
- Prosop de hârtie/hârtie igienică
- Pungă de hârtie, formular de recoltare
PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul sau / şi familia despre procedura pentru a obţine colaborarea şi pentru a preveni o eliminare necorespunzătoare
- Obţineţi consimţământul informat
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi intimitatea pacientului
- Administraţi pacientului un purgativ salin (sulfat de magneziu sau magnezia usta) dacă nuare scaun spontan

- Instruiţi pacientul să-şi facă toaleta perianală în cazul recoltării coproculturii
- Recomandaţi o dietă bogată în fibre vegetale sau un regim "alb" în funcţie de examenul cerut.

EFECTUAREA PROCEDURII:

1. Recoltarea din scaun eliminat spontan sau provocat pentru examen copro-parazilologic
- Întrucât defecarea nu se poate produce la cerere, instruiţi pacientul:
- Să-şi spele mâinile
- Să folosească mănuşi de unică folosinţă
- Să defece în bazinet sau într-un recipient curat (oliţă, spre exemplu, la domiciliu)
- Să recolteze, cu linguriţa coprocultorului câteva fragmente de fecale (cca 50 g) din diferite zone, mai suspecte, ale scaunului
- Să introducă linguriţa în coprocultor
- Să-şi spele mâinile după îndepărtarea mănuşilor
- Să eticheteze recipientul cu : nume, prenume, data şi ora recoltarii, examenul cerut
- Să transporte produsul imediat la laborator sau să-l introducă într-o pungă de hârtie şi să-l păstreze în frigider nu mai mult de 12 ore

2. Recoltarea directă din rect (pentru examen bacteriologic)
- Descoperiţi regiunea inferioară a corpului
- Spălaţi-vă mâinile şi puneţi-vă mănuşile de unică folosinţă
- Aşezaţi pacientul în decubit lateral cu membrul inferior de deasupra în flexiune maximă a coapsei pe abdomen
- Îndepărtaţi fesele pacientului
- Introduceţi tamponul steril prin anus în rect şi efectuaţi câteva mişcări de rotaţie
- Îndepărtaţi, apoi, tamponul şi introduceţi-l în eprubeta sterilă fără să atingeţi marginea acestuia
- Îndepărtaţi mănuşile şi spălaţi-vă mâinile
- Etichetaţi recipientul
- Trimiteţi-l imediat la laborator pentru însămânţare

3. Recoltarea materiilor fecale la copilul mic.
- Aşezaţi copilul, cu blândeţe, în decubit lateral sau dorsal
- Vizualizaţi orificiul anal
- Introduceţi sonda Nelaton pe o distanţa de ≈ 10 cm, respectând regulile de asepsie
- Aspiraţi conţinutul colonic cu o seringă adaptată la capătul sondei
- Îndepărtaţi seringa şi sonda din rect
- Transferaţi conţinutul seringii (2-3 ml) într-un recipient steril pentru coprucultură sau curat şi uscat pentru alte examene
- Efectuaţi toaleta regiunii perianale, la nevoie
- Spălaţi-vă mâinile
- Etichetaţi recipientul
- Trimiteţi imediat produsul la laborator

4. Recoltarea materiilor fecale pentru proba ADLER (hemoragii oculte). Iustruiţi pacientul:
- Să ţină un regim "alb" timp de 3 zile, fără carne roşie, legume şi fructe verzi, medicamente şi suplimente nutritive cu conţinut de fier, fără colchicină, salicilaţi, potasiu, fenilbutazonă, indometacin, steroizi sau compuşi de bismut pentru a evita o posibilă sângerare cauzată de aceste medicamente
- Să defece într-un bazinet curat
- Să-şi spele mâinile şi să-şi pună mănuşi de unică folosinţă
- Să recolteze cu linguriţa coprocultorului sau cu o baghetă de lemn materii fecale de la suprafaţa (25-30 g) şi să le introducă în coprocultor sau în alt recipient curat şi uscat
- Să acopere recipientul cu capacul etanş

- Să-şi spele mâinile după îndepărtarea mănuşilor pentru a preveni croscontaminarea
- Să eticheteze recipientul şi să-l transporte imediat la laborator

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Nu necesită îngrijiri speciale legate de procedură

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectaţi materialele folosite în containere speciale conform precauţiilor universale (P.U.)
- Spălaţi-vă mâinile după îndepărtarea mănuşilor pentru a preveni croscontaminarea

NOTAREA PROCEDURII

Notaţi:

- Procedura în planul de îngrijire şi în fişa de proceduri
- Data, felul examenului
- Numele persoanei care a recoltat

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate/dorite:

- Pacientul este compliant şi respectă întocmai instrucţiunile oferite
- Materiile fecale nu sunt amestecate cu urina
- Produsul recoltat este adus imediat la laborator evitâdu-se suprainfectarea sau distrugerea ouălelor de paraziţi prin refrigerare

Rezultate nedorite/ce faceţi ?

- Materiile fecale sunt amestecate cu urina
  - Instruiţi de la început pacientul să defece în ploscă usctă şi curată
- Pacientul nu respectă regimul alb, ceea ce duce la obţinerea unor reacţii fals pozitive
  - Explicaţi-i dinainte consecinţele nerespectării dietei
- Materiile fecale sunt păstrate prea mult la temperatura: camerei (peste o oră) sau la frigider (peste 12ore) ceea ce modifică acurateţea ţestului
  - Respectaţi condiţiile de păstrare ale produsului
- Pacientul refuză recoltarea:
  - Discutaţi încă o dată cu el
  - Anunţaţi medicul

FIŞA Nr. 9.4. RECOLTAREA EXUDATULUI FARINGIAN

OBIECTIVELE PROCEDURII

- Identificarea agenţilor patogeni la purtători sănătoşi şi bolnavi
- Efectuarea antibiogramei

PREGĂTIREA MATERIALELOR

- Tavă medicală/cărucior;
- Spatulă linguală sterilă;
- Eprubetă cu tampon faringian steril;
- Mănuşi de unică folosinţă;
- Mască de protecţie;
- 1-2 tăviţe renale

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Informaţi şi explicaţi procedura pacientului/aparţinătorului (dacă este copil)
- Obţineţi consimţământul informat
- Încurajaţi şi susţineţi pacientul

b) FIZICĂ:

- Atenţionaţi pacientul sau aparţinătorul să nu înceapă nici un fel de tratament; să nu mănânce, să nu bea apă, să nu facă gargară, să nu se spele pe dinţi, să nu-şi instileze picături în nas în dimineaţa recoltării
- Aşezaţi pacientul pe scaun sau în pat în poziţie şezândă
- Avertizaţi aparţinătorul că va trebui să-şi susţină copilul în braţe pentru recoltare

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Verificaţi dacă pacientul a respectat recomandările privind procedura
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Îmbrăcaţi mănuşi de unică folosinţă
- Folosiţi masca de protecţie
- Invitaţi pacientul să deschidă larg gura
- Deschideţi eprubeta; scoateţi tamponul faringian
- Apăsaţi limba cu spatula linguală sterilă
- Ştergeţi depozitul faringian şi amigdalian (dacă este cazul dezlipiţi şi o porţiune din falsa membrană)
- Retragceţi tamponul faringian fară a atinge: dinţii, limba, obrajii
- Închideţi repede eprubeta cu dopul
- Realizaţi un frotiu folosind alt tampon conform recomandării medicului)
- Aşezaţi pacientul în poziţie comodă

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Nu necesita îngrijiri speciale legate de procedură.

Dacă are senzaţie de greţă şi vomă nu mănâncă şi nu bea imediat după recoltare

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi deşeurile în recipiente speciale, conform P.U.
- Spălaţi şi curăţaţi instrumentele folosite
- Spălaţi mâinile cu apă şi săpun
- Îndepărtaţi mănuşile/masca

NOTAREA PROCEDURII
- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire;
- Data şi ora recoltării;
- Notaţi reacţia pacientului, aspectul local

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR
- Etichetaţi recipientul în care s-a făcut recoltarea
- Completaţi fişa de laborator
- Transportaţi imediat produsul la laborator
- Comunicaţi laboratorului dacă pacientul a luat medicamente şi care sunt acelea

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate:
- Recoltarea s-a făcut fără incidente
- Produsul nu a fost suprainfectat

Rezultate nedorite/ce faceţi?
- Se pot obţine rezultate eronate atunci când în timpul recoltării tamponul faringian se îmbibă cu salivă sau se ating dinţii, limba
  - Repetaţi recoltaren folosind alt tampon
- Pacientul poate prezenta senzaţie de greaţă, voma prin atingerea luetei
  - Rugaţi pacientul să inspire adânc şi apoi să stea nemişcat în timpul recoltării

FIŞA Nr. 9.5.

RECOLTAREA SPUTEI PRIN EXPECTORAŢIE PENTRU EXAMENE DE LABORATOR

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Examinarea macroscopică, citologică şi bacteriologică a sputei
- Diagnosticarea unor boli ale aparatului respirator

PREGĂTIREA MATERIALELOR

Pregătiţi pe o tavă medicală :
- Recipient steril cu capac potrivit, etanş
- Etichetă / formular cerut de laborator
- Aerosol (clorură de sodiu 10%, acetilcisteină, apă distilată sau sterilă) pentru a induce tusea, dacă medicul indică
- Batiste de hârtie

- Mănuşi de unică folosinţă dacă este necesar
- Pungi din material plastic
- Recipient special pentru materialele folosite

PREGĂTIREA PACIENTULUI

a) PSIHICĂ:

- Explicaţi pacientului procedura pentru a reduce anxietatea şi a obţine colaborarea
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ:

- Învăţaţi pacientul să nu mănânce , să nu fumeze, să nu-şi pună picături în nas, să nu se spele pe dinţi sau să-şi clătească gura cu soluţii dezinfectante înainte de recoltare pentru a nu influenţa rezultatul
- Apelaţi la drenajul postural şi la tapotări dacă expectoraţia este dificilă

EFECTUAREA PROCEDURII:

- Instruiţi pacientul să se aşeze pe un scaun, pe marginea patului sau în poziţie Fowler înaltă dacă starea generală nu este favorabilă
- Cereţi pacientului să-şi clătească gura cu apă simplă pentru a reduce riscul de contaminare a sputei cu bacteriile din cavitatea bucală sau cu particule de alimente
- Instruiţi pacientul să inspire şi să expire profund de câteva ori provocându-şi tusea (cel puţin 3 ori); la ultima expiraţie sfătuiţi-l să tuşească
- Sfătuiţi pacientul să tuşească profund şi să expectoreze direct în recipient, cca. 15 ml de spută - - Puneţi-vă mănuşi de unică folosinţa, opţional - Acoperiţi recipientul cu capacul
- Ştergeţi exteriorul recipientului cu un şerveţel
- Introduceţi recipientul într-o pungă de material plastic

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI

- Oferiţi pacientului un pahar cu apă curată să-şi clătească gura
- Ajutaţi pacientul să adopte o poziţie comodă
- Observaţi respiraţia
- Educaţi pacientul să colecteze în continuare sputa pentru a preveni diseminarea infecţiei

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ

- Colectaţi materialele folosite în recipiente speciale conform PU
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII

- Notaţi procedura în dosarul/planul de îngrijire
- Notaţi data, ora, cantitatea, culoarea, mirosul, consistenţa

PREGĂTIREA PRODUSULUI PENTRU LABORATOR

- Etichetaţi recipientul cu: numele şi prenumele pacientului, data şi ora recoltării, examenul cerut - Completaţi formularul cerut de laborator dacă pacientul are febră, dacă a luat antibiotice sau dacă expectoraţia a fost indusă prin administrare de aerosol (deoarece, în acest caz, sputa este mai apoasă şi se poate confunda cu saliva)

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII

Rezultate aşteptate:

- Pacientul este compliant şi reuşeşte să-şi recolteze sputa şi nu saliva
- Respectarea indicaţiilor de recoltare se reflectă în acurateţea rezultatului testului

Rezultate nedorite/ce faceţi?

- Pacientul nu reuşeşte să expectoreze şi înghite sputa (mai ales femeile şi copiii)
    - Rezervaţi-vă mai mult timp pentru a instrui pacientul
    - Anunţaţi medicul care vă recomandă altă tehnică de recoltare (prin frotiu, spălatură gastrică, spălatură bronşică)
- Sputa este amestecată cu saliva şi resturi alimentare din cavitatea bucală

- Repetaţi recoltarea instruind încă o dată pacientul şi ajutându-l să respecte indicaţiile de recoltare
- Sputa este amestecată cu vărsătura declanşată în timpul efortului de tuse.
- Captaţi vărsătura şi acordaţi îngrijiri adecvate

FIŞA Nr. 9.6.
RECOLTAREA SECREŢIILOR URETRALE LA BĂRBAT

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Obţinerea informaţiilor referitoare la agenţii patogeni care produc infecţii uretrale.

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Ansă de platină,
- Lampă de spirt
- Lame de sticlă
- Mănuşi sterile
- Etichete sau creion dermatograf

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi pacientul cu privire la necesitatea efectuării examenului, momentul recoltării
- Explicaţi procedura, anunţaţi pacientul să nu urineze înainte de recoltare
- Asiguraţi pacientul că veţi păstra confidenţialitatea
b) FIZICĂ:
- Asiguraţi intimitatea
- Obţineţi colaborarea

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Pregătiţi materialele pe o tavă sau măsuţă
- Atenţionaţi pacientul asupra modului de colaborare
- Spălaţi mâinile
- Îmbrăcaţi mănuşi de cauciuc
- Sterilizaţi ansa de platină prin încălzire la roşu şi aşteptaţi răcirea
- Cu o mână prindeţi glandul şi exercitaţi o uşoară presiune
- Cu cealaltă mână prelevaţi cu ansa flambată prima picătură matinală (dacă secreţia este insuficientă recoltaţi din uretra anterioară)
- Puneţi picătura pe lamă şi realizaţi frotiul
- Etichetaţi sau scrieţi numele cu creion dermatograf
- Trimiteţi lama la laborator

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Examenul se efectuează ambulator şi bolnavul nu are nevoie de îngrijire specială
- Observaţi aspectul local, sfătuiţi pacientul să respecte tratamentul recomandat

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Flambaţi ansa de platină începând de la tijă către fir
- Puneţi materialele în dulap
- Îndepărtaţi mănuşile
- Spălaţi mâinile

NOTAREA PROCEDURII
Notaţi:
- Procedura în palanul de îngrijiri nursing
- Data, ora şi observaţiile privind aspectul local
- Notaţi ce a învăţat pacientul, cum şi-a însuşit informaţiile

EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate :
- Recoltarea s-a făcut corect
- Frotiul a permis stabilirea diagnosticului

Rezultate nedorite / Ce faceţi ?
- Frotiul nu este edificator, rezultatul este negativ dar nu exclude prezenţa

gonococilur
- Se impune realizarea unei culturi
- Pacientul nu respectă recomandările şi recoltarea nu se poate face în condiţii adecvate
- Instruiţi exact pacientul şi repetaţi procedura

Nota:
În cazul în care frotiul nu este edificator se face cultură
Recoltarea se face cu ansa sterilă din uretra anterioară şi se însămânţează pe mediul de cultură

FIŞA Nr. 9.7.
RECOLTAREA SECREŢIILOR PURULENTE DIN LEZIUNI DESCHISE

OBIECTIVELE PROCEDURII
- Colectarea de secreţii purulente dintr-o leziune deschisa pentru identificarea prin examene de laborator a microorganismelor ce provoacă infecţia în vederea precizării diagnosticului

PREGĂTIREA MATERIALELOR
- Pense
- Comprese
- Soluţii dezinfectante
- Mănuşi sterile
- Recipiente sterile pentru colectat produsul (eprobete sterile)
- Tampoane sterile
- Ansa de platină
- Pipeta Pasteur
- Lame de laborator, lampa de spirt
- Leucoplast
- Tavă medicală/cărucior medical

PREGĂTIREA PACIENTULUI
a) PSIHICĂ:
- Informaţi şi explicaţi procedura pacientului/clientului
- Obţineţi consimţământul informat

b) FIZICĂ:
- Poziţionaţi pacientul/clientul în funcţie de locul leziunii (plagă chirurgicală cu supuraţie parietală, plăgi septice, abces, flegmon deschis, vezicule, pustule)
- Asiguraţi intimitatea pacientului/clientului

EFECTUAREA PROCEDURII:
- Identificaţi pacientul
- Verificaţi prescripţia medicală
- Spălaţi mâinile
- Îmbrăcaţi mănuşi sterile
- Curăţaţi suprafaţa leziunii
- Recoltaţi din secreţie:
    - prin aspiraţie cu pipeta Pasteur sterilă
    - cu ansă de platină sterilizată în prealabil prin încălzire la roşu
    - cu tampon steril
- Realizaţi 2-3 frotiuri având grijă să întindeţi uniform secreţia
- Introduceţi produsul aspirat sau tamponul cu care aţi recoltat într-o eprubetă sterilă
- Etichetaţi şi trimiteţi la laborator în timp util

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI
- Pansaţi leziunea folosind o tehnică adecvată dacă este nevoie
- Supravegheaţi aspectul pansamentului
- Monitorizaţi funcţiile vitale

REORGANIZAREA LOCULUI DE MUNCĂ
- Colectaţi compresele, mănuşile în recipiente speciale pentru materiale cu

potenţial infecţios respectând P.U.
NOTAREA PROCEDURII
Notaţi procedura în planul de îngrijire :
- Data, ora recoltării şi numele persoanei care a recoltat
- Aspectul secreţiei
- Aspectul leziunii şi al tegumentelor din jur
EVALUAREA EFICACITĂŢII PROCEDURII
Rezultate aşteptate:
- Pacientul nu acuză durere
- Recoltarea s-a făcut în condiţii de asepsie, nu există risc de suprainfectare
Rezultate nedorite/Ce facem ?
- Acuză durere şi produce sângerare
    - Lucraţi cu blândeţe
- Suprainfectare cu alţi germeni
    - Respectaţi cu stricteţe asepsia şi antisepsia
- Rezultatul nu este corect pentru că produsul nu s-a trimis în timp util la laborator

Bibliografie

1. Dr. Ramona Bănică, Dr. Marius Samoilă, Dr. Marius Negru
ANALIZE DE LABORATOR ŞL ALTE DLAGNOSTLCE, Editura Medicart 2007.
2. Marion B. Dolan şi colaboratorii
NURSLNG PROCEDURES - student version, Editura Springliouse Corporation, Pennsylvania - 1992.
3. Frances Fischbach
A MANUAL LABORATORY & DIAGNOSTIC TEST, Editura J. B. Lippincortt Company -1992.
4. Barbara Kozier, Glenora Erb
TEIINIQUIiS IN CU NIC AL N URS INC, Editurii Addixon Westey Ptiblisliing Company — 1987.
5. Carol Mozcs
TEHNICA ÎNGRIJIRII BOLNAVULUI, Editura Medicală - 2006
6. Sanda Smith, Don na Duell
FOUNDATION SKLLLS FOR NURSING AND ALUED HEALTH PROFESSLONS, Editura National Nursing Review, California -1982.
7. Barbara K. Timby
CUN1CAL NURSLNG PROCEDURES, Editura J. B. Lippincortt Company - Philadelphia - L989.